Rok XV Warszawa. Lipiec—Grudzień 1936 r. Nr. 3—4

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

XV

1922—1936

Przegląd ważniejszych prac nad nowotworami złośliwymi, wykonanych w Pracowni Anatomopatologicznej Szpitala Starozakonnych na Czystem w ciągu ostatniego dziesięciolecia (1926 — 1936). *)

PODAŁ

M. Płońskier
Kierownik Pracowni

Spośród szeregu różnorodnych badań naukowych, wykonanych w Pracowni Anatomopatologicznej Szpitala w ciągu ostatniego dziesięciolecia na plan pierwszy wysuwają się badania nad nowotworami złośliwymi. Oceniając w dostatecznym stopniu całą doniosłość zagadnienia nowotworów złośliwych dla cierpiącej ludzkości, już w zaraniu naszej pracy na terenie Szpitala poświęcaliśmy i poświęcamy tej sprawie najwięcej wysiłku i uwagi. W krótkim szkicu niniejszym zamierzamy podzielić się z czytelnikami zwięzłą syntezą naszych wysiłków i dążeń, które szły różnymi drogami do jednego i tego samego celu.

Jedną z ważniejszych prac była praca nad ziarnicą złośliwą (Lymphogranulomatosis), którą przez długi czas uważano za nowotwór złośliwy. Wspólnie z B. F e j g i n ó w n ą z Państwowego Zakładu Higieny udało nam się wykazać, że ze krwi i tkanek chorych na ziarnicę złośliwą można wyhodować drobnoustrój z rodziny s t r e p t o t r i x, że drobnoustrój ten, aczkolwiek bardzo rozpowszechniony w przyrodzie (w różnych odmianach), w tej właśnie odmianie nie występuje w ustroju ludzkim w innych schorzeniach i że drobnoustrój ten w przypadkach ziarnicy złośliwej przechodzi w organizmie ludzkim przez cykl różnych form bytowania. Zwierzęta zakażane streptotryksem, wyhodowanym z przypadków ziarnicy złośliwej, wykazywały dość często w gruczołach zmiany histopatologiczne, podobne do zmian w ziarnicy ludzkiej. Badania te są tym ważniejsze, że w ostatnich latach wielu stanęło na stanowisku, że prątek gruźliczy jest jedną z form rozwojowych streptotryksa (u nas K a r w a c k i). A dawniej już przecież niektórzy badacze wysuwali przypuszczenie, że ziarnica złośliwa jest szczególną postacią gruźlicy. W ten sposób badania nasze przyczyniły się do ostatecznego wyłączenia ziarnicy złośliwej z grupy

---

*) Artykuł ten, jako dostarczony z opóźnieniem, nie mógł być włączony do treści numeru jubileuszowego Kwartalnika (Zesz. I—II r. 1936).

Redakcja.

chorób nowotworowych i zbliżenia jej raczej do grupy chorób gruźliczych.

Przechodząc teraz do prac nad właściwymi nowotworami, na pierwszy plan należy wysunąć badania nad istotą czynników, wywołujących nowotwory złośliwe. Teorie bakteryjne nowotworów złośliwych, w sensie klasycznym, nie ostały się w świetle ściślejszych badań. Wysunięta została natomiast możliwość istnienia jadu nowotworowego, t.j. pewnego czynnika hypotetycznego, pozawidomego, przesączalnego, czynnika swoistego, wywołującego nowotwory. Hypoteza jadu nowotworowego opiera się w pierwszym rzędzie na mięsaku kur (mięsak Rous'a), który udaje się szczepić z kury na kurę za pomocą przesączów bezkomórkowych tkanki nowotworowej. Nowotworów ssaków nie udaje się przeszczepiać bez materiału komórkowego; dopiero kilka lat temu stwierdzono, że dzikie króliki w stanie Kansas (Ameryka) chorują na nowotwór skóry, który udaje się przenosić na inne króliki za pomocą przesączów tak, jak mięsak kur. Nowotwór ten sprowadziliśmy do Pracowni; badania nad nim są w toku Drugą drogą, na której staraliśmy się badać sprawę istnienia jadu nowotworowego, jest droga pośrednia — poprzez tak zwane heterotransplantacje. Jak wiadomo, nowotwory złośliwe, zwierzęce, udaje się przeszczepić z jednego na drugie tylko w obrębie tego samego gatunku: nowotworów złośliwych ludzkich nie udaje się przenosić na zwierzęta; byłaby to heterotransplantacja. Nad tą ostatnią sprawą pracujemy od szeregu lat: w wielu żmudnych doświadczeniach próbowaliśmy przenosić nowotwory ludzkie na zwierzęta bądź to zdrowe, bądź też osłabione, uczulone, specjalnie przygotowane (Roentgen, dieta, usunięcie śledziony, kastrowanie, blokada układu siateczkowo-śródbłonkowego); próby te były bezowocne. Dopiero ostatnio udało nam się wykazać, że pod względem powyższym nie wszystkie nowotwory złośliwe posiadają jednakowe własności. Okazało się np., że u szczurów, którym szczepiono mięsak czerniaczkowy (melanosarcoma) ludzki, zjawiają się po dłuższym czasie mięsaki. Dlaczego jednak udane heterotransplantacje miałyby być dowodem istnienia jadu nowotworowego? Idzie poprostu o to, że komórki zwierzęce jednego gatunku, przeniesione do ustroju obcogatunkowego, nie mogą tam żyć, muszą zginąć i ulec wessaniu. Jeżeli więc po heterotransplantacji powstaje u nowego gospodarza nowotwór złośliwy, to nie

może on powstać z podziału komórek przeszczepionych, a musi powstać z komórek własnych gospodarza, pobudzonych do złośliwego wzrastania przez „coś“ czynnego, co pozostało po rozpadzie komórek nowotworowych przeszczepionych. Na razie w naszym materiale doświadczenia udane są nieliczne (ogółem szczepiliśmy 300 szczurów: z 210, szczepionych różnymi nowotworami ludzkimi, ani jeden nie zapadł na nowotwór: z 75 — szczepionych mięsakiem czerniaczkowym u 4 ch stwierdziliśmy mięsaki) — ale i te wyniki zachęcają nas do dalszej pracy.

Czynników, wywołujących nowotwory złośliwe, szukaliśmy w świecie roślinnym. Idąc za badaniami Bellows'a i Askanazy'ego stwierdziliśmy, że w pewnych warunkach zawiesina miąższu pomidorów może mieć specjalne działanie; wstrzykiwana dootrzewnowo szczurom może powodować powstawanie bardzo złośliwych mięsaków z przerzutami. Podobnego działania innych roślin nie udało się nam stwierdzić.

Oddzielną grupę w naszych badaniach nad nowotworami złośliwymi stanowią badania nad własnościami litycznymi surowicy, wyciągów tkankowych i kału jednostek nowotworowych i nie nowotworowych. Idzie tu o dalsze opracowanie spostrzeżeń Freunda i Gisy Kaminer, którzy stworzyli podstawę do rozpoznawania nowotworów złośliwych. Ze wszystkich dotychczas proponowanych metod laboratoryjnych do rozpoznawania raka metoda Freund-Kaminer okazała się najpewniejsza. Polega ona na badaniu surowicy lub kału chorego na własności lityczne w stosunku do zawiesin komórek nowotworowych. W pracowni przeprowadziliśmy badania u 700 chorych szpitalnych: wyniki były zadowalające — w 90% przypadków zgodne z rozpoznaniem klinicznym; nowotwory złośliwe dają wyraźną reakcję dodatnią już w bardzo wczesnych okresach choroby. W celu jaknajściślejszego ustalenia wartości tej tak ważnej reakcji i wyłączenia błędów rozpoznania klinicznego, — przeprowadziliśmy badania kału z przypadków sekcjonowanych lub badanych histologicznie; liczba zgodnych rozpoznań była jeszcze większa i wynosiła 93%. Obecnie pracujemy nad dalszym udoskonaleniem metody Freund-Kaminer. W czasie tych badań, wykonywanych również i na zwierzętach z nowotworami, wyłoniła się możliwość bliższego wejrzenia w sprawy usposobienia do nowotworów złośliwych. Według Freunda i Kaminer dodatnia reakcja ich ujawnia usposobienie nowotworowe, pomimo

braku jakichkolwiek objawów klinicznych. Słuszność tego twierdzenia staramy się obecnie sprawdzić na materiale zwierzęcym. Poza wymienionymi pracami doświadczalnymi, równocześnie zajmowaliśmy się stale morfologią i histogenezą nowotworów złośliwych. Z tych ostatnich badań wymienimy badania nad mięsakiem limfatycznym (lymphosarcoma), który uważamy za nowotwór złośliwy o charakterze układowym, — nowotwór, który może powstawać wieloogniskowo dając sprawę rozsianą, nawet bez przerzutów w znaczeniu ścisłym tego słowa. Z innych badań wymienimy badania nad szpikiem kostnym w przypadkach nowotworowych; zwróciliśmy uwagę na zmiany we krwi obwodowej, zmiany, odtwarzające nieraz do złudzenia t. zw. pierwotne choroby krwi (białaczka, niedokrewność złośliwa) — a zależne od przerzutów nowotworowych do szpiku.

Poza tym wszystkim zajmowaliśmy się wraz z Flokstrumpfem zmianami histologicznymi, występującymi w nowotworach pod wpływem leczenia radem.

Wreszcie opracowaliśmy statystykę ruchu chorych nowotworowych w naszym Szpitalu w roku 1932/33.

Jesteśmy wdzięczni Panu Redaktorowi Kwartalnika za to, że zmusił nas niejako do rzutu okiem wstecz i do zsumowania naszych wysiłków na terenie walki z nowotworami złośliwymi, których ocenę pozostawiamy innym. I jeżeli się okaże, że w czymkolwiek choćby udało nam się przyczynić do wyjaśnienia najbardziej w medycynie palącej sprawy, — to świadomość ta będzie największą nagrodą, tym bardziej, że nikt może nie zdaje sobie sprawy z tego, w jak skromnych warunkach odbywa się nasza praca.

Aus der pathologisch - anatomischen Abteilung. Ueber die wichtigsten auf dem Gebiete der Krebsforschung im letzten Dezennium (1926 1936) ausgeführten Arbeiten.

von M. Płońskier, Leiter der Abteilung.

Es varen aus dem Grenzgebiete — experimentelle Untersuchungen der Lymphogranulomatosefrage, aus dem eigentlichen Krebsgebiete Untersuchungen über Heterotransplantation der menschlichen Tumoren, über Kanninchenepitheliom von Shope, über Tomatentumoren und über Freund-Kaminer'sche Krebsreaktion.

Aus der Reihe der morphologischen Arbeiten waren die wichtigsten die über Lymphosarcom, über Knochenmarksveränderungen bei Krebskranken und über Tumorveränderungen bei Radiumbestrahlung.

Es wurde ausserdem eine statistische Bearbeitung des Krebskrankenverkehrs im Krankenhause in den Jahren 1931—1932 ausgeführt.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.[1]

Sprawozdania z posiedzeń w r. 1935 (dokończenie).

B. Jochweds. **Przypadek t. zw. ostrego tworzenia się rozstrzeni oskrzelowych.** (Z oddz. B. Jochwedsa).

L., l. 16. Przed 3 laty zapalenie płuc: gorączkowała 2 tygodnie do 40°; 2 lata i rok temu gorączkowała znowu po kilka tygodni, kaszlała i odpluwała sporo plwociny o przykrym zapachu. Od roku nie gorączkuje; odpluwa do 100 cm^3 wyraźnie cuchnącej plwociny na dobę. W dzieciństwie jakoby bez chorób. W badaniu przedmiotowym (III 1935 r.) stwierdzono: kolbowatość palców, zegarkowatość paznokci; zapadnięcie i unieruchomienie dolnego lewego odcinka klatki piersiowej. Płuca: całe prawe płuco i górna część lewego — bez zmian. U podstawy lewego płuca — od kąta łopatki — od tyłu i od IV ż. od przodu do samego dołu — stłumienie, oddech oskrzelowy, liczne różnokalibrowe dźwięczne rzężenia; chwilami — oddech prawie niesłyszalny, bez szmerów dodatkowych. Serce: przeciągnięte w lewo; uderzenie koniuszkowe w przedniej linii pachowej lewej; tony serca czyste. Układ nerwowy i jama brzuszna — bez zmian.

Badania pomocnicze. Mocz i morfologia krwi w normie. WR.: ujemny; OB. — 45 minut. Plwocina: cuchnąca, trójwarstwowa; laseczników Kocha, włókien sprężystych nie zawiera. Bronchoskopią stwierdzono obfitą ropną wydzielinę w dolnym lewym oskrzelu. Rtg. wykazał (26.III): rozległe zawoalowanie dolnego lewego płata z przeciągnięciem serca na lewo; wśród jednolitego zacienienia sporo drobnych okrągłych i owalnych rozjaśnień; płuco prawe i górna część płuca lewego — w normie (Dr N. Mesz).

W ciągu marca i kwietnia ciepłota ciała chorej nie przekraczała 37°. Na początku maja chora dostała nagle silnych dreszczów i t° do 40°. Badanie fizykalne wykazało, oprócz starych zmian w dole lewego płuca, o których wspominałem

[1]) Streszczenia, nadesłane ze znacznym opóźnieniem podczas druku tego numeru, ukażą się w następnym, jako uzupełnienie sprawozdań za r. 1936.

REDAKCJA.

już poprzednio, również świeże zmiany w g ó r n y m lewym płacie, a mianowicie — stłumienie od góry do poziomu D_3 od tyłu i do III ż. od przodu; nad grzeb. łopatki i nad obojczykiem oddech chuchający, liczne dźwięczne rzężenia drobnobańkowe; poniżej obojczyka — w I i II mż. — oddech amforyczny, dźwięczne przelewania.

We krwi tym razem znaczna leukocytoza obojętnochłonna — 20.000 białych ciałek, w tym 85% neutrofilów bez eozynochłonnych. W plwocinie, której ilość ze 100 wzrosła na dobę do 200 cm^3, liczne włókna sprężyste.

W ciągu następnych 3 tyg. gorączkowała stale do 39,0—40,0°; dreszcze nie powtarzały się. — Wobec tego, że zastrzykiwania alkoholu i neosalwarsanu chora znosiła b. źle, zastosowano w drugiej $^1/_2$ maja przez 10 dni z rzędu codzienne zastrzykiwania dożylne 20 cm^3 20% natr. benzoici. Leczenie to przerwano z powodu niedrożności żył. Pod koniec leczenia ciepłota spadła poniżej 37°, liczba białych ciałek i wzór krwi wróciły do normy; ilość plwociny zmniejszyła się z 200 do 15—20 cm^3 na dobę, włókna sprężyste znikły, natomiast plwocina cuchnęła nadal, jak poprzednio. Zmiany fizykalne w płucach utrzymywały się prawie przez cały czas pobytu chorej w szpitalu, dopiero w lipcu — kilka dni przed wypisaniem, znikł oddech amforyczny i dźwięczne przelewania pod lewym obojczykiem.

Rtg. dn. 31.V. wykazał, prócz starych zmian w dole lew. płuca, również rozległe nacieki w górnych odcinkach tego samego płuca; pomiędzy naciekami szereg drobnych okrągłych i owalnych rozjaśnień oraz jama podobojczykowa wielk. dużej śliwki. B r o n c h o g r a f i a, wykonana dn. 11.VI przez kol. F l a u m e n b a u m a, wskazała, że wprowadzony płyn kontrastowy wypełnił oskrzela i jamki w ich przebiegu na całej przestrzeni lewego płuca, więcej w górnych odcinkach. Duża jama podobojczykowa zupełnie się nie wypełniła, co przemawia za tym, że jest to jama ropnia, a nie jama bronchoektatyczna (Dr N. M e s z).

Na następnym zdjęciu (6.VII) nacieki zanikły znacznie, rozmiary jamy zmniejszyły się, natomiast drobne rozjaśnienia nie uległy zmianie.

Współistnienie rozstrzeni oskrzeli i ropnia płuc jest zjawiskiem dość częstym, przy czym wzajemny stosunek patogenetyczny i chronologiczny obu tych schorzeń może być b. rozmaity, nawet u jednego i tego samego osobnika. Z wielu możliwości, wchodzących tu w grę, wymienić należy przede wszystkim obecność starych rozstrzeni w dolnym płacie i świeżego ropnia, powstałego na drodze aspiracyjno-przerzutowej, w górnym płacie tego samego płuca. Tego rodzaju zespół objawów,

opisany m. inn. niedawno przez czecha Filo (Cas. Lek. Cesk. 1933 r. str. 771 i 812), stwierdzamy również i w danym przypadku. Z dwu innych możliwości nie wchodzi w naszym przypadku w rachubę ani wytworzenie się ropnia płucnego w bezpośrednim sąsiedztwie starych rozstrzeni na skutek przejścia sprawy zapalnej z rozstrzeni na otaczające tkanki, t. zw. „peribronchiectasitis" z następnym rozpadem, — ani też odwrotnie, wytworzenie się rozstrzeni wokoło starego ropnia, na skutek procesów wysiękowo - zapalnych i włóknisto - bliznowatych w tkance otaczającej.

Natomiast w odniesieniu do górnego płata należałoby tu raczej przyjąć następną jeszcze ewentualność, jednoczesne wytworzenie się ropnia i rozstrzeni na skutek jednoczesnego zaatakowania przez sprawę chorobową miąższu płucnego i ściany oskrzeli. Nieodzownym warunkiem takiego zespołu byłoby oczywiście wytworzenie się rozstrzeni w stosunkowo krótkim czasie, w danym przypadku w ciągu kilku tygodni, czyli t.zw. „ostrej rozstrzeni oskrzelowej", postaci według mojego zdania, o tyle ciekawej, że pochodzenie czysto oskrzelowe, a nie płucno-opłucnowe, rozstrzeni nie ulega tu żadnej wątpliwości. Przyczyną ostrej rozstrzeni jest b. szybkie przejście sprawy zapalnej z błony śluzowej na głębokie warstwy oskrzeli („bronchitis intramuralis").

„Ostra rozstrzeń oskrzelowa" może towarzyszyć ropniom, zgorzeli i ropiejącemu zapaleniu odoskrzelowemu płuc (bronchopneumonia abscedens), może jednak występować jako schorzenie samoistne w przebiegu grypy, odry i kokluszu [1]).

W ostrej rozstrzeni na tle zatruć gazami bojowymi wchodzi w grę jeszcze jeden czynnik, a mianowicie — porażenie toksyczne mięśniówki oskrzeli [2]); rzecz możliwa, że również w przebiegu grypy moment bronchoporaźny odgrywa pierwszą rolę.

Rozpoznanie „ostrej rozstrzeni" możliwe jest zazwyczaj tylko z mniejszym lub większym prawdopodobieństwem z tego względu, że rzadko tylko udaje się ustalić z całą pewnością, że rozstrzenie nie istniały już poprzednio. Jeżeli chodzi o dany przypadek, to na korzyść ostrego tworzenia się rozstrzeni w obrębie górnego płata wydaje się przemawiać zupełny brak zmian w tym płacie na 1-ym zdjęciu (26.III) oraz obecność roz-

---

[1]) (Androl, Rilliet, Barthez, Coor, Sharkey, Ewart, p. Neue Deutsche Klinik sub „Bronchoektasie" — str. 280 i 299; Stewart i Biggart — Brit. med. M. 3637; Sergent. Presse Med. N. 15, 1932 r. str. 273; L. Kindberg. (Arch. méd. chir. de app. resp. Nr. 4. 1928) wzgl. jako powikłanie bronchitis foetida (v. Criegern. Akute Bronchiektasie, 1903 r.).

[2]) (G. Worms. Presse Med. 1934 r., str. 646).

ległych rozstrzeni na następnych zdjęciach (od 31 V) Uwzględnić należy jeszcze czynnik ustrojowy, usposabiający tu do powstawania rozstrzeni przed 3 laty po zapaleniu płuc w dolnym płacie i obecnie, jako zejście w bronchopneumonia abscedens, w górnym płacie.

Rokowanie w „ostrej rozstrzeni" jest tak samo niepomyślne, jak w powstającej przewlekle, gdyż rozstrzeń jest zjawiskiem nieodwracalnym, niezależnie od patogenezy i tempa powstawania [3]).

W piśmiennictwie polskim szczegółowych opisów przypadków ostrej rozstrzeni znajdujemy b. niewiele. Wspólnie z A. Landauem, opisaliśmy w r. 1927 przypadek „bronchopneumonia gripposa abscendens" z wytworzeniem się rozstrzeni oskrzelowych w ciągu kilku tygodni (A. Landau i B. Jochweds. O odrębnych przypadkach zapalenia płuc. Warsz. Czas. Lek. N. 8. — 1927 r.).

A. Lipszyc i M. Płońskier. **Endophlebitis hepatica.** (Z oddz. B. Jochwedsa).

Kobieta, lat 26, zamężna przybyła do szpitala 11.II r. 35 z powodu bólów i ściskania w dołku podsercowym, bezpośrednio po przyjęciu pokarmów. Bóle te promieniowały ku tyłowi i ku górze do prawej łopatki. Niekiedy towarzyszyły im wymioty. Od 10-u dni dolegliwości powyższe wzmogły się co do częstości i nasilenia, obecnie zaś bóle i wymioty występują nawet po wypiciu kilku łyżeczek herbaty. Stolce nieregularne, zaparcie na przemian z rozwolnieniem. T^0 w domu nie mierzyła. Żółtaczki nie było. Bóle o podobnym charakterze miewała od roku — co kilka tygodni — zawsze bezpośrednio po pokarmach. Dwa lata temu zapalenie płuc. Roniła 3 razy w 6-ym tygodniu ciąży. Nie rodziła. Miesiączki regularne od 15 r. życia. Ostatnia przed 2-ma tygodniami.

Stan obecny: Wzrostu średniego. Skóra twarzy zaróżowiona, nieznaczna sinica warg i policzków. Tk. podskórna słabo rozwinięta. Spojówki przekrwione. Białkówki zlekka żółtawe. Język obłożony, suchy. Od kąta łopatki po obu stronach do samego dołu przytłumienie; nad podstawą płuc liczne trzeszczenia, znikające przy głębszym oddychaniu. Uderzenie koniuszkowe słabo wyczuwalne. Granice serca prawidłowe. Tony czyste. Tętno 110/m. o słabym napięciu i wy-

---

3) Na zakończenie kilka danych z piśmiennictwa. Pierwszy opisał ostre tworzenie się rozstrzeni oskrzelowych — Biermer w r. 1854 (cyt. w/g. Wiese Bronchoektasie im Kindesalter. Berlin 1927. str. 18). Od tego czasu ukazało się w języku franc., niem. i ang. b. wiele prac dotyczących tego tematu (p. w.).

pełnieniu. Ciśnienie krwi 110 65. Brzuch wyżej poziomu klatki piersiowej; skóra tu wygładzona, nieco napięta, szczególnie w nadbrzuszu. Podżebrze prawe b. bolesne. Wątroba: prawy płat wystaje spod łuku o 4 — 5 palców, jednolity, gładki, twardawy; brzeg zaokrąglony, również twardy. Śledziona nie macalna. Okolica kątnicy i esicy bolesna. Blumberg ujemny. Wolnego płynu w jamie brzusznej niema.—Układ nerwowy bez zmian.

Mocz: Odczyn kwaśny, ciężar gat. — 1025, białko —, cukier —, urobilina —, urobilinogen —, w osadzie 2—3 erytr. świeże co 3—4 pole widzenia, pojedyncze nabłonki, leukocyty oraz moczany; kryształów leucyny i tyrozyny nie stwierdzono. Krew: Hb. — 75%; erytrocytów 3,800,000, leukocytów 17,600

B — E — P — S — L — M | Odczyn Wass. — ujemny;
1 3 4 70 21 1 | „ Widala — ujemny.

Z powodu zupełnej niedrożności żył nie wykonano szeregu badań pomocniczych.

W dniu przybycia na oddział t° ciała 38°, utrzymywała się taka tydzień; w dalszym przebiegu aż do zejścia śmiertelnego była normalna, poza kilkoma skokami do 37,2° — 37,4°. Samopoczucie chorej stale się pogarszało. Wymioty występowały częściej, szczególnie po pokarmach płynnych, bóle były gwałtowniejsze, rozlane, po całym brzuchu z większym natężeniem w nadbrzuszu. Po 10-u dniach pobytu na oddziale obrzęki k.k. d,; b. szybko postępowały; po dalszych 10-iu dniach objawy wolnego płynu w jamie brzusznej. Puchlina brzuszna zwiększała się b. szybko; 3.III.35 wypuszczono 3,5 litra płynu jasno-żółtego przezroczystego. Próba Rivalta — ujemna; białka 0,83%; erytrocyt. świeżych 20 — 30 w. p w, leukocytów 10 — 15 w. p. w. prawie wyłącznie neutrofile. Śródbłonków nie stwierdzono. Koch —. Po wypuszczeniu płynu ustalono, że wątroba wystaje o 4 palce spod łuku żebrowego; twarda, o powierzchni jednolitej i brzegu również twardym z licznymi wrębami. Śledziona — jak i poprzednio — nie macalna. Mocz prócz nielicznych krwinek i wysokiego ciężaru gatunkowego był bez zmian. Wymiociny, o oddziaływaniu kwaśnym, zawierały dużo śluzu; wolnego kwasu solnego nie było.

Stan stale gorszy. Z powodu wymiotów nie przyjmowała żadnych pokarmów; kroplówki również nie zatrzymywały się, nie zważając na duże dawki opium, dodawane do nich. Bóle brzucha się wzmogły. Zastrzykiwania dehydrilu nie zwiększyły diurezy, która zmniejszała się stopniowo do 100 cm^3 na dobę. 18/III dokonane zostało II-ie z kolei nakłucie jamy brzusznej, tym razem wypuszczono 5 litrów płynu o takich

samych właściwościach, jak poprzednio. Dnia 28/3, po 7 tygodniach pobytu na oddziale, chora zmarła.

Rozpoznanie powyższego przypadku nastręczało trudności. Przebieg kliniczny najbardziej przemawiał za rozpoznaniem sprawy nowotworowej, mianowicie nowotworu żołądka z przerzutami do wątroby i gruczołów w otoczeniu v. cavae inf., v. portae; byłoby to najbardziej prawdopodobne, ze względu na b. uporczywe wymioty, szybko postępujące wyniszczenie ogólne, brak kwasu wolnego w wymiocinach oraz ze względu na chrząstkowatą twardą wątrobę. Dodać należy, że dokonane w II-im miesiącu pobytu chorej w szpitalu zdjęcie roentg. wykazało, że: „żołądek ma kształt jaja, ułożony wysoko w jamie brzusznej, z małą bańką powietrzną; część wypustowa przewężona, oddźwiernik stale rozwarty., Susp. scirrhus ventriculi". Stwierdzić jednak należy, że momentem, który nasunął nam największe wątpliwości co do słuszności tego ostatniego rozpoznania (Ca ventriculi, Metastas. ad hepatem et ad glandulas retroperiton. c. compressione v. cavae inf.) było zmniejszenie lewego płata wątroby znacznego stopnia, albowiem przy przerzutach nowotworowych z żołądka do wątroby lewy płat bywa najczęściej i najwcześniej zaatakowany.

Płońskier podał wynik badania histologicznego i rozpoznanie anatomopatologiczne:

Endophlebitis hepatica. Loci necrotici et cicatrices hepatis Ascites. Peritonitis. Tonsillitis. Stenosis gravis myocardii. Dilatatio venarum oesophagi et diaphragmae. Haemorrhagiae et macula lutea pericardii. Haemorrhagiae mucosae ventriculi. Adhaesiones pleurarum. Anasarca. Induratio pancreatis

Wątroba ważyła 1520 gr., była bardzo twarda, na powierzchni gruboziarnista, o wymiarach 21 x 19 x 9, lewy płat był prawie niewidoczny; przekrój pstry; w środku przeważały ogniska żółtawo-ceglaste, na obwodzie wiśniowe, dwubarwne. W dużych gałązkach żył wątrobowych błona wewnętrzna wyraźnie zgrubiała, w drobnych rozgałęzieniach miejscami drobne skrzepliny, mocno przytwierdzone do ściany.

Badanie histologiczne wykazało rozległe zmiany zastoinowe, oraz ogniska martwicy rozpływnej z zaczopowanymi naczyniami.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 10 stycznia 1936 r.

Przewodniczył Rotstadt.

Br. Karbowski. **Przyp. rozległego naczyniaka jamistego gardzieli i jamy ustnej**.

Przyp. dotyczy 20-kilkuletniej, u której od kilkunastu lat

obserwowano sinawe zabarwienie praw. brzegu języka. Stopniowo zabarwienie to rozszerzyło się i przeszło na dno jamy ustnej, przedni łuk, migdałek tylny, łuk i nasadę języka. Badanie ustaliło rozległy naczyniak jamisty. Chorą już dwukrotnie operowano. Podczas ostatniego zabiegu chirurgicznego K. zmuszony był podwiązać tętnicę zewnętrzną. Leczenie operacyjne nie dało pomyślnych wyników; naczyniak w dalszym ciągu szerzył się w kierunku tkanki podskórnej szyi. Zastosowano leczenie diatermokoagulacyjne; dało ono zupełnie zadowalający wynik. W jamie ustnej i w gardzieli widać obecnie jedynie zbliznowacenie w tych miejscach, gdzie rozrastał się naczyniak jamisty.

Sterling, Prussak i Wolff. **Objaw Meesa w przypadkach zapaleń wielonerwowych i jego modyfikacja demarkacyjno - uciskowa.** (P. Warsz. Czas. Lek. 9.II.36).

W rozprawie Bregman zauważył, że objaw ten stwierdza się — być może — tak rzadko dlatego, że stosunkowo mało uwagi się zwraca w rozmaitych cierpieniach nerwowych na

paznokcie. Przy systematycznych badaniach, zwł. w przypadkach zapaleń wielonerwowych, możnaby przypuszczalnie częściej powyższy objaw stwierdzić.

Zachodzi tu ścisły związek między zaburzeniami czuciowymi a zmianami troficznymi w paznokciach.

Rotstadt podkreśla, że w cierpieniach wielonerwowych zwraca się zwykle szczególną uwagę na zaburzenia czucia, a zbyt małą względnie na zmiany troficzne które są tu często bardzo znaczne. Przyczyną tych jest w pierwszym rzędzie upośledzone obwodowe krwi krążenie; trudny odpływ krwi żylnej i niedostateczny dopływ tętniczej z bezruchu kończyn i zaburzeń nerwowych i naczynioruchowych powodują wtórne zmiany w tkankach, zanikowe i przerostowe, szczeg. na obwodzie.

S. Lewinson. **Przypadek jednoczasowego usunięcia gruczołu krokowego bez tamponowania niszy.** (Z oddz. D. Kohana).

J. T., lat 58, zapisany z powodu zupełnego zatrzymywania się moczu (od kilku tygodni).

Od dłuższego czasu trudne urynowanie: wstawał często w nocy. miewał parcie na mocz, który wydalał cienkim strumieniem; już po oddaniu moczu odchodziło jeszcze kilka kropel. Skargi typowe dla przerostu gruczołu krokowego.

W badaniu: dobry stan ogólny, bez zmian w układzie krążenia i narządach oddechowych. Wydolność układu krążenia i dobrą czynność nerek stwierdzono w próbie wodnej, koncentracyjnej oraz barwnikowej. Mocznika we krwi 0,4 mgr. w litrze. Gruczoł krokowy powiększony. Mocz czysty.

Po uprzednim przygotowaniu zastrzykami wapnia (10% $CaCl_2$) dożylnie, w ciągu 3 ch dni, wykonano operację.

W uśpieniu eterowym — po otwarciu pęcherza — wyłuszczono w całości gruczoł krokowy. Po uniesieniu brzegów niszy, pozostałej po usuniętym gruczole krokowym, nałożono na brzegi śluzówki szwy (katgut); otwór w pęcherzu częściowo zaszyto, pozostawiając dren Mariona.

Przebieg pooperacyjny różnił się znacznie od przebiegu pooperacyjnego u operowanych nawet dwuczasowo, lecz z tamponowaniem niszy po gruczole krokowym.

W ciągu pierwszej doby mocz był lekko ubarwiony krwią, w drugiej dobie oczyścił się. Chory nie odczuwał przykrych parć, na które uskarżają się chorzy w ciągu pierwszych 4-ch dób. Ciepłota nie przekraczała 37,4. Na 10 dzień usunięto dren z pęcherza; założono cewnik.

W 3 tygodnie po zabiegu pęcherz zagoił się.— W czwartym tygodniu wystąpiło ropienie w powłokach brzusznych, tuż przy

ranie pooperacyjnej; nieznacznie przedłużyło to pobyt chorego w szpitalu.

Postępowanie, przyjęte w operacji przerośniętego gruczołu krokowego, to zabieg 2-czasowy; postępowanie to jest zależne głównie od złego stanu ogólnego chorych, zgłaszających się do zabiegu, od zakażenia dróg moczowych, niedostatecznej czynności nerek, mocznicy i t. d.. Zła strona tego postępowania — to długi okres leczenia, a szczególnie trudny tu okres zamykania pęcherza.

Liczni autorzy, jak Lichtenberg, Gorasz, Walker i inni, podkreślają, że powikłania i trudności w okresie zamykania przetoki pęcherzowej, zarówno jak wiele innych powikłań (wtórne krwawienie przy usuwaniu sączków, zakażenie niszy, ropienie, powstawanie kamieni i t. d.), zależne są od tamponowania niszy po usuniętym gruczole krokowym. Dlatego też postanowiono tu nie tamponować niszy. — L. pokazuje przyp., jako zachęcający do takiego postępowania, oraz aby przypomnieć, że takie postępowanie jest możliwe i dobre.

W rozprawie Stabholz podkreśla, że nietamponowanie niszy byłoby ideałem w prostatektomii, lecz, niestety, chorzy przybywają już zaniedbani i z zapaleniem pęcherza moczowego.

S. Lewinson. **Operacja Steinacha w przyp. przerostu gruczołu krokowego.** (Z oddz. D. Kohana).

W. A, lat 70, zgłosił się z powodu całkowitego zatrzymania moczu (od 4-ch dni). Przed 2-ma laty kruszenie kamieni w pęcherzu moczowym. Od kilku miesięcy trudności w oddaniu moczu. Moczył cienkim strumieniem; częste parcie; w nocy kilkakrotnie wstawał; musiał czekać „aż zacznie moczyć“.

Od 4 dni cewnikowany. Stolec zaparty.

Stan obecny: Budowy prawidłowej. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej bez uchwytnych zmian. Neurologicznie — bez odchyleń od normy.

W badaniu przez odbytnicę stwierdza się nieznaczne powiększenie gruczołu krokowego. Powierzchnia gruczołu gładka, spoistość nie wzmożona.

Wziernikowanie pęcherza moczowego stwierdziło powiększenie bocznych płatów gruczołu krokowego.

Mocznik we krwi w granicach normy. Moczu samoistnie nie oddaje.

Ze względu na wiek chorego, oraz krótki okres od chwili wystąpienia objawów, L. zdecydował się wykonać obustronne podwiązanie nasieniowodów, uważał bowiem, że zabieg ten

może polepszyć czynność pęcherza, oraz ewentualnie wpłynąć na zmniejszenie gruczołu krokowego. Gdyby przypuszczenie to nie potwierdziło się, to i wówczas zabieg ten był celowy, zabezpieczał bowiem chorego od ew. zapalenia najądrza i jądra, tak częstego u chorych cewnikowanych.

Zabieg został wykonany w znieczuleniu miejscowym. Cięciem w okolicy pachwin L. dotarł do powrózków nasiennych; po wyłączeniu nasieniowodu L. nałożył po dwie podwiązki, między którymi nasieniowód przecięto. Rychłozrost.

Na 2-gi dzień po zabiegu chory już i sam oddawał mocz, jednak w pęcherzu zalegało do 400 ccm moczu.

Na 12-ty dzień po zabiegu oddał mocz samoistnie; zaleganie do 20 ccm.. Jak widać w tym przypadku, przypuszczenia L. okazały się słuszne.

W o l t e g e r i J o c h e l s o n o w a. **Przypadek powikłanego złamania obydwu szczęk oraz podstawy czaszki.** (Z oddz. D. K o h a n a).

Chory, tragarz, niosąc belę towaru, potknął się, upadł. W stanie nieprzytomnym przyniesiono go na oddział. Po kilku dniach, gdy odzyskał przytomność, poddany został dokładnemu badaniu. Stwierdzono: pęknięcie kości klinowej w okolicy sella turcica, złamanie żuchwy w linii pośrodkowej z wybiciem lewego środkowego siekacza, złamanie obydwu łuków jarzmowych, złamanie kości nosa u nasady, oderwanie górnej szczęki od podstawy czaszki oraz złamanie górnej szczęki w linii pośrodkowej z przerwaniem błony śluzowej twardego i miękkiego podniebienia aż do języczka. A więc — poza opadnięciem górnej szczęki wraz z nosem, — nastąpił rozszczep wyrostka zębodołowego oraz podniebienia twardego i miękkiego.

L e c z e n i e: Na dolną szczękę, po zestawieniu odłamków, nałożono drucianą szynę T i e g e r s t a e d t a; na górną szczękę nałożono skombinowaną kauczukowo - drucianą, składającą się z dwu połówek. Za pomocą gumek, idących od tej szyny do czapki gipsowej, podniesiono górną szczękę wraz z nosem ku podstawie czaszki. Gumkami zaś, łączącymi obydwie połówki szyny, ściągnięto obydwie połowy szczęki ku sobie. Po 5-iu tygodniach uzyskano zrost górnej szczęki oraz podstawy nosa z podstawą czaszki. Jednocześnie uzyskano zrost kostny i błony śluzowej obydwu połówek górnej szczęki. Pozostał jedynie w linii pośrodkowej miękkiego podniebienia otwór długości $1\frac{1}{2}$ — 2 ctm., który zostanie pokryty plastycznie. Poza tym nastąpił zrost w miejscu złamania żuchwy. Stan chorego dobry; jest już zdolny do pracy.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 21 stycznia r. 1936.

Przewodniczył Sterling.

E. Herman i H. Zeldowicz. **Przypadek nowotworu śródpiersia, z mnogimi przerzutami do mózgu, o niezwykłym przebiegu.** (Z oddz. E. Hermana).

Chory, 40-letni, przybył 1. I. 36 r. — 10 tygodni przed przybyciem wśród zupełnego zdrowia dwukrotny krwotok płucny. Po 2 tygodn. b. silny ból głowy oraz niemożność zwrotu lewej gałki ocznej w lewo. Już przed przybyciem do szpitala miał wymioty. Chorób wenerycznych nie było.

St. ob. w dniu przybycia: W płucach od przodu po stronie lewej stłumienie nad i pod obojczykiem, zlewające się u dołu ze stłumieniem serca, sięgające w lewo prawie do linii przedniej pachowej; w obrębie stłumienia oddech prawie niesłyszalny. W IV-tej i V-tej przestrzeni międzyżebrowej szmer tarcia. Od tyłu stłumienie nad grzebieniem łopatki, wdech zaostrzony ze świstami. W płucu prawym i pozostałych narządach bez zmian. Rozpoznano nowotwór płuc (Dr Mumwes). Rtg. płuc wykazał rozedmę płuca prawego, zagęszczenie w środkowej części pola płuca lewego oraz znaczny cień w obrębie dużych naczyń. Rozpoznanie rentgenol.: Tumor mediastini; Athelectasis pulmon. sin. (Dr Mesz).

W układzie nerwowym: wybitna bolesność opukowa lewej okolicy skroniowo-ciemieniowej; sztywność karku, Kernig dolny—dodatni. Źrenice =, o prawidłowym odczynie na światło i przystosowanie. Dno oczu +. Porażenie m. prostego zewnętrznego oka lewego; nieznaczny niedowład lewego mięśnia wewnętrznego; niedowład dolnej gałązki pr. n. VII-go; nieznaczne zbaczanie języka w prawo. Poza tym w k. k. dolnych i górnych bez zmian.

Po kilku dniach obraz kliniczny uległ zmianie. Wystąpił bardzo silny ból w okolicy potylicy oraz górnych kręgów szyjnych wraz z wybitnym unieruchomieniem głowy z bólu. W dalszym przebiegu objawy ze strony kręgosłupa ustąpiły, ruchy bierne i czynne głowy stały się wolne, lecz stan chorego uległ wogóle pogorszeniu. W zakresie nn. czaszkowych dołączyły się: porażenie zewnętrznego m. prostego praw. oka oraz niedowład mięśnia wewnętrznego; porażenie lewego m. prostego górnego i wewnętrznego lewego oka; oddziaływanie źrenic na światło stało się b słabe obok dobrej reakcji na przystosowanie.

Rtg. kręgosłupa i czaszki zmian nie wykazał. Płyn mózgowo-rdzen. prawidłowy. Opadanie krwinek — 25′ (metodą Biernackiego). We krwi leukocytoza (12.200) z przewagą wielojądrzastych (84%).

Rozpoznano nowotwór śródpiersia z mnogimi przerzutami do mózgowia. W rozpoznaniu porównawczo - topograficznym wyłączono tu (z pewnym prawdopodobieństwem) — sprawę przerzutową w oponach u podstawy mózgu ze stopniowym uszkodzeniem nn. czaszkowych, a to ze względu na brak zmian odczynowych w płynie m.-rdz. oraz kolejno występujące porażenie poszczególnych gałązek nn. okoruchowych. Przerzuty umiejscowiły się prawdopodobnie głównie w moście oraz w szypule mózgowej; przemawia za tym stopniowe narastanie porażeń w zakresie lewego n. okoruchowego, zwężenie źrenic, wiotki odczyn ich na światło, niedowład n. twarzowego. Zmienne usztywnienie kręgów może tu być zależne od trzech czynników: ognisk przerzutowych w komorze IV-ej, w samych kręgach lub wreszcie od toksycznego podrażnienia opon.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na niezwykły początek, przebieg kliniczny oraz zmienne objawy kręgowe.

W rozprawie Bregman zauważył, że ze względu na bolesność oraz unieruchomienie kręgów szyjnych należałoby tu myśleć i o spondylitis cervicalis. Herman w uzupełnieniu podaje, że szczegółowe badania kliniczne w danym wypadku wyłączały właśnie rozpoznanie zapalenia kręgów szyjnych, wzgl. pierwotny guz mózgowia. Najprościej byłoby tu przypuszczać, iż guz śródpiersia przedostał się do kanału rdzeniowego przez otwory międzykręgowe lub też przez otwór potyliczny, powodując nacieki oponowe. Lecz i to zostało wyłączone ze względu na brak zmian zapalnych w płynie mózgo-rdzeniowym, dwukrotnie sprawdzonym. Objawy bólowe i unieruchomienie szyi minęły po nakłuciu lędźwiowym, co przemawiało za odruchowym, prawdopodobnie, usztywnieniem kręgosłupa. We wszystkich sprawach nowotworowych mózgowia należy szukać zawsze gdzieindziej guza macierzystego.

Mutermilch i Mesz. **Przypadek złośliwego nowotworu barku** (Z oddz. A. Wertheima).

Przypadek dotyczy 21-letniego, przyjętego 5.XII.1935 r. 7 mies. temu uderzony został spadającą grubą gałęzią w lewy bark, po czym na tymże ramieniu niósł ciężar 70-kilowy; prócz niewielkiego przemijającego bólu nic wówczas nie zauważył. Po 3 mies. zaczął rosnąć guz w okolicy barku, zjawiły się bóle — większe w nocy; 3 mies. temu miał już rozrastające się owrzodzenie na powierzchni guza.

St. ob.: blady; odżywienie średnie; w organach wewnętrznych — prócz z lekka zaostrzonych szmerów oddechowych u łopatek — bez zmian. Stan podgorączkowy trwał z przerwami do 28.XII (do 37.6°). Mocz bez zmian. Krew: leukocytów 11.600, zasadochł. 1%, eozynochł. 3%, obojętnochł. 69,5% (myelocytów 0%,

post. młodoc. 0%, o jądrze segment. 62%, o jądrze pałeczk. 7,5%, limłocytów 6,5%, jednojądrzastych i przejściowych 20%. — Guz sinawo-czerwony, większy od głowy noworodka, konsystencji niezbyt twardej, nieruchomy, zajmuje przestrzeń, ograniczoną dość wyraźnie: z wewnątrz — 2 palce poprzeczne na zewnątrz od l. stawu mostkowo-obojczykowego; z zewnątrz — poziom szyjki kości ramieniowej; przednia dolna granica sięga II-ej przestrzeni międzyżebrowej; od tyłu — grzebień łopatki. Na górnej powierzchni guza szarawo-czerwone krwawiące owrzodzenie wielkości dłoni, na pozostałej — b. liczne rozszerzone żyły. Ruchy w stawie barkowym znacznie ograniczone. Niema objawów zastoinowych w kończynie. Gruczoły nie powiększone.

Pacjent leżał w XI.35 na innym oddz. chirurg., skąd — po dokonanym badaniu próbnym wycinka i zdjęciu Rtg. barku, został wypisany z zaleceniem stosowania rentgenoterapii. Histologicznie ustalono wówczas sarcoma alveolare globocellulare. Rentgenem stwierdzono zniszczenie zewnętrznej części obojczyka oraz wielki cień guza wokoło.

Zdjęcie Rtg. klatki piersiowej w XII 35 nie wykazało przerzutów w płucach, lecz wzmożony cień wnękowy, szczególnie po stronie prawej.

Opatrunki owrzodzeń codzienne z rivanol'em były bez efektu; zresztą nie liczono na to; rozważano natomiast sprawę zabiegu operacyjnego. W przebiegu dalszym kilkakrotne obfite krwotoki z guza. Chory na operację nie zgodził się. 13 grudnia skierowany do rentgenoterapii. Już 24.XII zanotowano, że guz zmniejszył się prawie o $1/2$, owrzodzenie również; narastał z brzegów świeży nabłonek; krwawienie ustało. Do dnia pokazu chory otrzymał łącznie 17 naświetlań. Guz w miękkich częściach znikł; kość obojczyka reorganizuje się, owrzodzenie ładnie się goi — obecnie rozmiary 4 x 5 ctm. Krew: 9030 leukocytów, zasadochł. 0%, eozynochł. 4%, obojętnochł. 75% (myelocytów 0,5, post. młodoc. 0, o jądrze pałeczk. 3%, o jądrze segment. 71,5), limfocytów 16%, jednojądrz. i przejściow. 5%. Czerw. ciałek 4410000; zawart. hemoglob. 93%, wsk. barw. >1. Ruchy w stawie barkowym normalne.

W świetle nowszych poglądów dzieli się mięsaki kości pod względem klinicznym, rentgenologicznym, anatomo-patologicznym i biologicznym na 3 grupy: 1) sarcoma osteogenes, 2) myeloma, 3) Ewing-Sa.. —

1) — jest to najczęstszy, złośliwy i prawdopodobnie wogóle najczęściej spostrzegany nowotwór kości. Występuje zazwyczaj w 1 kości (najczęściej kość udowa i piszczelowa) w wieku młodzieńczym. Miejsce powstania — część przynasadowa (metaphysis) kości. Utkany z komórek wrzecionowatych guz różnie się przedstawia w zależności od stopnia wytwarzania się i wy-

odrębniania istoty międzykomórkowej. Włącza się do tej grupy: Sa fusocellulare, myxochondro —, chondro —, osteoid — i osteosarcomata.

Rentgen może na początku nic nie wykazać, jednak dość wcześnie widzimy charakterystyczną „ostrogę okostnową", powstałą wskutek periostitis reactiva; zniszczenie kości nieprawidłowe, plamiste.

Klinicznie: przy zachowanym dobrym stanie ogólnym wczesne bóle, szczególnie w nocy, często obrzęk miękkich części.

Leczenie — zarówno operacyjne jak i naświetlaniami Rtg. — bez trwałych rezultatów. Pamiętać należy o przerzutach, szczególnie do płuc. —

2) — nowotwór ten, utkany z krwiotwórczych komórek szpiku kostnego, występuje prawie zawsze na większej liczbie niż na 1 kości (trzony kręgów, czaszka, trzony długich kości i t. d.) w wieku 40—60 l. Częste przerzuty do wątroby, śledziony, gruczołów chłonnych, skóry, a b. rzadko do płuc. Niszczy substancję gąbczastą, prowadzi do zaniku kości, powoduje skrzywienia (kręgosłup), złamania samoistne. Na rentgenogramach widać okrągłe defekty kości. Klinicznie — silne bóle, jakby reumatyczne, zwiększające się w pracy mięśniowej, o charakterze neuralgicznym, z ucisku na tylne korzenie; paraplegiae — z ucisku rdzenia. Stwierdzano i błędne rozpoznania wiądu rdzenia (przed rtg-logicznie stwierdzonymi zmianami). Rokowanie b. złe; zazwyczaj w ciągu 1 — 2 l. śmierć ze wzmagającego się charłactwa z gorączką. O leczeniu operacyjnym niema mowy; naświetlania Rtg. bez wyniku dodatniego (mogą jedynie zmniejszać bóle).

3) — wyodrębnienie tej postaci uzasadnione jest ze względu na przebieg kliniczny i swoistą biologię guza. Ma się tu do czynienia pod względem histologicznym z okrągło-komórkowym mięsakiem przy zupełnym braku istoty międzykomórkowej. Pod mikroskopem często, dzięki przegrodom łącznotkankowym, obraz sarcoma alveolare. W obrzeżnych częściach guza b. często nacieki limfocytowe, stąd w próbnych powierzchownych wycinkach rozpoznawano osteomyelitis. Również i kliniczne objawy spowodować mogą takie mylne rozpoznanie: na początku — obrzęk, podwyższenie ciepłoty miejscowo i ogólnej, bóle przerywane, większe w nocy, stopniowy wzrost guza; Rentgen również przypomina zmiany w osteomyelitis, brak jednak martwaków. Często chorzy zgłaszają się do lekarza po urazie; zapewne jednak uraz uszkodził już zmienioną kość.

Spostrzega się tę postać w wieku dziecięcym i młodzieńczym, we wszystkich kościach (trzon)—w 1 lub kilku. W tym ostatnim przypadku prawdopodobnie ma się do czynienia już z przerzutami; często przerzuty do gruczołów chłonnych.

W leczeniu — podkreślić to należy — w odróżnieniu od typu I i II — b. dobre działanie okazują naświetlania Rtg.; leczenie operacyjne daje również niezłe wyniki.

Na mocy klinicznego przebiegu, obrazu rentgenowskiego i — co najważniejsze — leczniczego efektu naświetlań, można z dużym prawdopodobieństwem twierdzić, że w danym przypadku miało się do czynienia z Ewing - sarcoma. — Na zakończenie parę słów w sprawie znaczenia urazu w etiologji nowotworów. Jako najbardziej powszechny, należy uważać pogląd, że 1⁰) nie można z 100%-wą pewnością ustalić przyczynowego związku między urazem a powstaniem nowotworu, 2⁰) że, jeśli uraz ma znaczenie etiologiczne, to w każdym razie nie jednorazowy. Wbrew temu inni, np. Tixier, sądzą, że wpływ urazu nie da się często zaprzeczyć; Hornowski stwierdzał często niewątpliwy związek między złośliwymi łącznotkankowcami a urazem — nawet tylko jednorazowym.

W danym przypadku przyczynowy związek między urazem a powstaniem guza jest więcej niż wątpliwy.

W rozprawie Płońskier przytacza poglądy na powstawanie nowotworów w związku z urazem; P. wypowiada się przeciwko wzajemnemu uzależnianiu tych spraw, zwł. gdy chodzi o uraz pojedynczy.

Niema również zależności między histopatologicznym podziałem nowotworów — a ich złośliwością kliniczną, czy też rokowaniem.

Bregman, podzielając wogóle wywody Płońskiera, zaznacza, że jednak w neurologii spostrzega się związek przyczynowy między urazem a powstaniem nowotworu. Oczywiście, uraz należy rozważać jako molekularny wstrząs komórek, pobudzający je do rozrostu.

B. Karbowski. **Przypadek ropnia móżdżku, leczony plombą lipiodolową.**

20-kilkuletnia od lat dziecięcych cierpiała na ropotok cuchnący — pr. ucha. W następstwie grypowej infekcji nastąpiło obostrzenie sprawy. Wykonane w Łodzi wycięcie z ucha środkowego polipowatych tkanek nie dało poprawy. Skarżyła się nadal na bóle głowy w potylicy, na zawroty, zaburzenia równowagi. W stanie ciężkim przywieziona została na oddział z typowymi objawami ropnia móżdżku: Nyst. w stronę ucha chorego; Romberg +; zbaczanie w stronę prawą; objaw adiadokokinezy. Po wykonaniu doszczętnej operacji usunięta została większa część tylnej ściany kości

skalistej. Po obnażeniu opony twardej w okolicy lobus semilunaris inferior dokonane zostało nakłócie móżdżku. Wydobyto cuchnącą ropę. Po opróżnieniu ropnia jamę wytamponowano gazą jodoformową. Nazajutrz strzykawką usunięto z jamy ropnia zalegającą treść ropną — i jamę wypełniono 40% lipiodolem. Wykonano zdjęcie; wykazało jamę o brzegach zazębionych Po wprowadzeniu lipiodolu, jako plomby stałej, szybko stan chorej zaczął się poprawiać. Zdjęcie wykonane po 2 miesiącach wykazało, że plomba utrzymuje się, kształt jej jednak zmienił się; brzegi jamy nie są zazębione, granice jej tworzą prawidłowe koło, wielkości orzecha leśnego. Chorą wypisano z zagojoną raną, bez przedmiotowych objawów klinicznych.

W rozprawie Higier, zastanawiając się nad lipiodolem, wprowadzonym do istoty mózgowej, wypowiada pogląd, że właściwie lipiodol — jako ciało obce — powinien być źle tolerowany przez tkanki otaczające, analogicznie do innych ciał obcych, które ustrój stara się wydalać. Tymczasem w danym wypadku działanie lipiodolu okazało się korzystne; może jedynie dlatego, że — jako ciało cięższe — przyczyniło się do podniesienia poziomu wydzieliny ropnej w jamie, przez co wydalanie ropy odbywało się łatwiej. Sterling zapytuje prelegenta, czy wprowadzenie do ropnia lipiodolu miało na celu względy lecznicze, czy też diagnostyczne. Uzyskana tu poprawa nasuwa refleksje na temat ustępowania niektórych objawów w chorobach rdzenia po zastosowaniu lipiodolu do celów wyłącznie rozpoznawczych. Karbowski w odpowiedzi raz jeszcze podkreślił i uzasadnił znaczenie tu lipiodolu właśnie jako środka leczniczego.

Kohan i Wolteger. **Przypadek rezekcji żuchwy po uprzednim przeszczepieniu żebra.** (Z oddz. D. Kohana).

Chora, lat 19. <> przed 2-ma laty zauważyła guzek na prawej żuchwie; stale się powiększał. — Budowy prawidłowej, odżywienia dobrego; w narządach wewnętrznych zmian patologicznych nie stwierdza się. Prawa żuchwa w okolicy trzonowców znacznie zgrubiała. Zarówno od strony przedsionka, jak i języka, wymacuje się guz twardy wielkości prawie jaja kurzego na przestrzeni zębów 8 . 7 . 6 . 5. Błona śluzowa na guzie nie zmieniona, przesuwalna. Skóra policzka, znacznie przez guz wypięta, także nie zmieniona. Gruczoły chłonne podszczękowe oraz szyjne nie powiększone, nie bolesne. W prawej żuchwie brak zębów 8 . 7 . 6 . 5, (podobno dawno usunięte). Rentg.: guz w ramieniu poziomym żuchwy na przestrzeni wyżej wymienionych zębów; pod guzem, tuż nad dolnym brzegiem żuchwy, zatrzymany ząb trzonowy.

Na podstawie przebiegu choroby, obrazu rentgenologicznego oraz badania klinicznego można, prawie z całą dokładnością, twierdzić, że w danym wypadku rozwinął się guz łagodny. Jednak, wobec zajęcia ramienia poziomego żuchwy na całej jej grubości, t. zn. wyrostka zębodołowego i trzonu, postanowiono rezekcję zajętego odcinka żuchwy. Jak wiadomo, włączenie w miejscu wyciętej części żuchwy innej części kośćca nastąpić może jednoczasowo, t. zn. że 1-nym zabiegiem operacyjnym usuwa się chorą część żuchwy i wszczepia się odpowiednią kość, wyciętą z innego miejsca. Częściej postępuje się dwuczasowo, t. zn. po kilku tygodniach dopiero lub miesiącach wszczepia się inną kość. Axhausen w przypadkach guzów łagodnych obrał sobie inną metodę. Wprawdzie jest to metoda także dwuczasowa, ale różni się od poprzedniej odwrotnym porządkiem postępowania. A więc wprzód przeszczepia odpowiedni odcinek zdrowej kości, a po kilku tygodniach, kiedy przeszczepiona kość przyjęła się, rezekuje chorą część, przyszywa do kikutów pozostałej części zdrowej żuchwy uprzednio przeszczepioną kość. Wychodzi on ze słusznego założenia, że opóźnienie rezekcji ze szczęki nowotworu łagodnego o kilka tygodni nie zrobi żadnej krzywdy, natomiast przeszczepienie kości, już przed tym wrośniętej w podłoże, dać może wynik operacyjny jednak znacznie lepszy. Metoda Axhausena może być stosowana, jak już zaznaczono, tylko w nowotworach łagodnych. Tu ją zastosowano w zabiegu. W znieczuleniu miejscowym wykonano rezekcję 6 — 7 ctm. ósmego żebra w linji łopatkowej wraz z okostną, najostrożniej, by nie uszkodzić worka opłucnowego. W tymże znieczuleniu pionowe cięcie skóry i tkanki podskórnej, dług. 1 — 1½ ctm. tuż poza kątem żuchwy u tylnego brzegu ramienia wstępującego. Poprzez to cięcie elewatorem utworzono na tępo kanał długości 7 — 8 ctm., biegnący równolegle do ramienia poziomego żuchwy w tkance podskórnej policzka. W kanał ten włożono przed chwilą rezekowane żebro, przy czym ranę zaszyto dwoma szwami jedwabnymi. Na tym polegał pierwszy akt operacji. Rychłozrost. Rtg. wykazał żebro, leżące równolegle do poziomego ramienia. W międzyczasie założono chorej na górną i dolną szczękę szyny Schroedera. W 7 tyg. po pierwszym akcie operacyjnym wykonano drugi. W znieczuleniu trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego oraz miejscowym, wykonano cięcie skóry wzdłuż ramienia poziomego żuchwy o 1½ ctm. poniżej jej dolnego brzegu. Po odchyleniu policzka (wraz z przeszczepionym żebrem) oraz błony śluzowej usunięto guz wraz z zajętą częścią żuchwy, a także zatrzymany ząb, który leżał u podstawy guza. Po odpowiednim dopasowaniu umocowano brzegi przeszczepionego żebra do kikutów żuchwy. Skórę zaszyto pojedynczymi szwami, pozostawiając sączki

u biegunów cięcia. Żuchwę unieruchomiono szynami. Rtg. po 4 tygodniach wykazał dość znaczne odwapnienie przeszczepionego żebra. Guz — o d o n t o m a. W 6 tyg. po 2 operacji usunięto szyny. — Otwiera i zamyka usta normalnie, jak widać z okazanej fotografii. Poza blizną — niema śladu zniekształcenia po tak ciężkim zabiegu operacyjnym.

B. P r z e w o r s k i. **Przypadek krwiaka w wodniaku niewieścim.** (Z oddziału H. A l t k a u f e r a).

B. P., lat 18, zgłosiła się z powodu krwawienia od czterech tygodni z dróg rodnych.

1-a miesiączka w 14-ym roku życia; po półrocznej przerwie miesiączki typu $\frac{4 \text{ dni}}{5\text{-}6 \text{ tyg}}$, nie bardzo obfite i bolesne. Ostatnia na czas 6.X.35 r. Od tego czasu do dnia przybycia, 6.XI.35 r., krwawi bez przerwy, więcej niż zwykle w czasie miesiączki. Miała lekkie bóle po str. prawej w dole brzucha; 2 razy jakoby mdlała. Skierowano ją z rozpoznaniem „graviditas extrauterina dextra". W ciąży nigdy nie była (zamężna

10 tygodni). Miewała upławy przed miesiączką Od wielu lat ze str. prawej przepuklina pachwinowa jakoby częściowo odprowadzalna. 4 lata temu uderzenie podczas upadku w prawą okolicę pachwinową. Od tego czasu nie mogła już wtłaczać przepukliny; od paru dni stała się „twardsza" i zupełnie nie daje się wprowadzić. Stolec i mocz oddaje bez zaburzeń. Żadnych poważnych chorób nie przechodziła.

St. obec.: Budowa prawidłowa, odżywienie mierne; śluzówki normalne. Źrenice, odruchy, gardło, płuca, serce — bez zmian. Brzuch naogół miękki, niebolesny z ucisku; jedynie lekka wrażliwość z prawej strony u dołu. Po str. prawej, u zewnętrznego ujścia kanału pochwinowego, guz wielkości mandarynki, nieco bolesny; tu opuk stłumiony. Nie udaje się go odprowadzić; nad nim skóra niezmieniona, przesuwalna.

Srom i pochwa, jak u wieloródki. Lekkie krwawienie. Szyjka stożkowata, z ujściem zamkniętym, rozpulchniona. Macica wielkości prawidłowej, przodozgięta i w prawo pochylona. Na prawo od macicy twór, wielkości i kształku dużego wydłużonego orzecha laskowego, nie bolesny, nie napięty, skierowany jakby ku przedniej ścianie brzucha. Lewego przydatka nie można było namacać.

Rozpoznano przepuklinę pachwinową prawostronną, niedającą się odprowadzić. Przypuszczano, że w przepuklinie tej znajduje się przydatek prawy; tłumaczyło by to przechylenie macicy w prawo i miejsce otworu z prawej strony, a to mogłoby wyjaśnić krwawienie, jako wynik zaburzenia jajnikowego.

W tym stanie rzeczy przystąpiono 8.XI.35 do operacji. Cięcie skórne z prawej strony, równolegle do więzu P o u p a r t a w odległości 2 ctm.. — Przecięto tkankę podskórną do powięzi mięśnia skośnego zewn.. W zewnętrznym otworze kanału pachwinowego był twór napięty, ciemnosiny, wielk. mandarynki. Usunięto z tworu osłony, podobne do zwykle spotykanych na worku przepuklinowym. Więzadła obłego znaleźć nie można było. Wreszcie nacięto sam „worek"; wówczas wylało się do 30—40 ctm^3 gęstej nieskrzepłej krwi. Zgłębnik K o c h e r a, wprowadzony do wnętrza tego „worka", wchodził na długość 4-ch—5-iu ctm, a więc nie do wolnej jamy brzusznej. Ściana rzekomego worka nie przypomina ani ściany jelita, ani ściany pęcherza moczowego. Nacięto rzekomy worek nieco w kierunku górnego bieguna rany. Wówczas tuż u szyjki rzekomego worka ukazał się jakby fałd otrzewny i pętla jelita cienkiego, a po zesunięciu tkanek rzekomego worka ku dolnemu biegunowi rany można tam było również wprowadzić zgłębnik do dolnej jamy brzusznej. Rzekomy worek był więc tworem, którego przedłużenie leżało w jamie brzusznej. Po poszerzeniu otworu rany okazało się, że twór, zawierający krew, odchodzi od

macicy i jest zmienionym więzadłem obłym. Wspomniany fałd otrzewny był więzadłem lejkowomiedniczym. Jajowody, jajniki, więzadło obłe lewostr. bez zmian: Odcięto chore więzadło obłe tuż przy macicy, obszyto kikut otrzewną; cięcie dodatkowe zaszyto warstwowo, pierwotne sposobem Girarda. Powięź zeszyto szwami węzełkowymi. Na skórę klamerki i opatrunek przezroczysty dra H. Altkaufera.

Przebieg dość gładki, bez t^0, powikłany jednak lekkim ropniem w górnym biegunie rany. Drobnowidowo (dr Płońskier) wykryto w wyciętym guzie tkankę łączną, mięśnie gładkie, krwiak, organizujący się w niektórych miejscach, oraz zachowany częściowo nabłonek płaski, podobny do otrzewnowego.

Był to więc guz, odtwarzający jakby przepuklinę pachwinową; nawet podczas operacji nie udało się odrazu go określić wskutek kruchości, i że nie udało się odnaleźć więzadła obłego.

Poza tym był to twór torbielowaty, związany z więzadłem obłym; temu towarzyszy zwykle na jego przedniej powierzchni uchyłek otrzewny albo pochwowy wyrostek otrzewnej (processus vaginalis peritonei). Ten uchyłek, objęty blaszkami otrzewnej, nie ma zwykle światła a dochodzi do wewnętrzego otworu kanału pachwinowego Może jednak w nim zostać światło, a wtedy wytwarza się t. zw. diverticulum Nuckii. Jeśli w tym uchyłku zbierze się płyn, powstaje t. zw. wodniak niewieści (hydrocele muliebris), który może dojść do różnej wielkości i znaleźć się w miejscach, charakterystycznych dla przepukliny pachwinowej. Wodniak taki nie ma zwykle łączności z wolną jamą otrzewny. Uraz może zmienić wodojasną zawartość wodniaka w płyn mniej lub więcej krwawy (haemotocele processus vaginalis peritonei).

Najważniejsze jest rozróżnienie między wodniakiem niewieścim a przepukliną pachwinową.

Wodniak w odróżnieniu od przepukliny jest zwykle napięty, daje objaw chełbotania, nie zmienia się w zależności od wahań ciśnienia śródbrzusznego (siadanie, kaszel).

Przebieg wodniaka niewieściego jest zwykle łagodny.

Leczenie operacyjne: wycięcie torbieli i zamknięcie kanału pachwinowego—jedną z przyjętych metod. Tu wodniak niewieści udawało się dawniej, jak podaje chora, częściowo odprowadzać. Było to hydrocele muliebris communicans, albo zwykły wodniak, niebardzo napięty, a więc dający się częściowo wtłoczyć do kanału pachwinowego lub poza kanał. Po urazie wytworzył się krwiak, stąd wodniak stawał się bardziej napięty i powiększał się.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 7 lutego 1936 r.

Przewodniczył Szper.

Kohan. **Przypadek wycięcia pękniętego wrzodu żołądka z plastyką oddźwiernika.**

Zasadniczo K. stosuje w przyp przedziurawienia wrzodu — wycięcie żołądka w ciągu pierwszych 6—8 godzin po pęknięciu — o ile ogólny stan pozwala na zabieg. Zeszycie wrzodu pozostawiamy jedynie dla przypadków b. ciężkich. W stanach pośrednich stosujemy wycięcie przedziurawionego wrzodu sposobem Judda, po którym wytwarza się dzięki plastyce oddźwiernika szerokie połączenie żołądka z dwunastnicą. Demonstrowany chory, obarczony dwuletnim cierpieniem żołądkowym, operowany był < > w 20 godzin po przedziurawieniu z zastosowaniem wycięcia wrzodu. Przebieg gładki, wynik dobry.

Stückgold. **Wodniak wyrostka robaczkowego.** (Z oddziału D. Kohana).

A. E. lat 37, panna, przybyła 20. I. 1936 r. z powodu bólów (od pół roku) w prawym dole biodrowym. Bóle to były nie napadowe, promieniowały do krzyża; nie gorączkowała. W tym samym czasie nieregularne periody (co 3—4 tygodnie), bardzo skąpe, trwające kilka godzin.

Stan obecny: Budowy prawidłowej; odżywienie dobre. W narządach klatki piersiowej bez zmian. Brzuch miękki. W prawym dole biodrowym, równolegle do więzadła Pauparta, wyczuwa się palcem twór walcowaty, ruchomy, w miejscu jednym kolbowato rozdęty.

Ginekologicznie: macica w przodozgięciu, ruchoma, nie bolesna, kształtna. Tuż przy macicy, po str. prawej, twór kiełbasowaty, przesuwalny, nie bolesny, napięty, dług. 15 cm.

Rozpoznano: Tumor adnex., wzgl hydrosalpinx.

23. I. Operacja (Stückgold). Cięciem pośrodkowym od pępka do spojenia łonowego otworzono otrzewnę; znaleziono twór wałowaty, dług. 15 cm., o przekroju wielk. 5 ciozłotówki. Twór ten — o szerokiej podstawie — był wgłobiony w ściankę kątnicy; u podstawy tworu — zdwojenie surowiczówki. Kreska długa, zgrubiała, zlepiona z więzadłem szerokim. Po przecięciu i podwiązaniu kreski nacięto surowiczówkę i mięśniówkę; twór łatwo wyłączono z kątnicy; u podstawy był zamknięty. Po przecięciu śluzówki kątnicy, twór wyrezekowano, kątnicę zaszyto 3-piętr. szwem. Ranę zaszyto na głucho. Na czwarty dzień opuściła łóżko. Przebieg bez powikłań.

B. G l a s s i R a t n e r: **Przypadek zwyrodnienia torbielowatego płuc**. (Z oddz. B. J o c h w e d s a).

3. XII. 35 r. została przyjęta chora, lat 39, z krwotokiem płucnym (od 3 dni). Przed 15-u laty jakoby zapalenie płuc; od tego czasu kaszle i odpluwa; co pewien czas większe lub mniejsze krwioplucia, a w 19-ym i 31-ym roku przechodziła jakieś cierpienia gorączkowe.

S t. o b.: stłumienie nad górnym lewym płatem płuca, nad miejscem stłumienia od przodu oddech oskrzelowy z odcieniem amforycznym oraz liczne dźwięczne średnio i grubobańkowe rzężenia. Nad pozostałą częścią lewego płuca oddech pęcherzykowy, niemal całkowicie pokryty rzężeniami drobno i średniobańkowymi. Nad płucem prawym wypuk jawny, oddech pęcherzykowy, u podstawy nieco drobnych rzężeń. Obie połowy kl. piers. symetryczne. Serce, narządy jamy brzusznej bez zmian. Czwarty miesiąc ciąży. Szybkość opadania krwinek przyśpieszona, do 35 minut. Mocz bez zmian. W a s s e r m a n ujemny. Wielokrotne badania plwociny metodą zwykłą, oraz przez posianie na pożywkach specjalnych, prątków gruźliczych nie wykryły.

R t g.: budowa siatkowata lewego płuca z licznymi rozjaśnieniami o charakterze jam. W płucu prawym bez odchyleń od normy.—Ze względu na te dane, które klinicznie przemawiały za rozstrzeniami torbielowymi lewego płuca, wykonano bronchografię; wykazała ona, iż w płucu lewym są jedynie niewielkie zmiany oskrzeli, są natomiast liczne jamy, które nie wypełniły się lipiodolem. Z tego względu należało odrzucić rozpoznanie rozstrzeni oskrzelowych a przyjąć istnienie mnogich, niewielkich torbieli płucnych.

Zwyrodnienie torbielowate płuca nie należy do rzeczy rzadkich. Pewną rzadkość przedstawiają wielkie torbiele płucne, zajmujące cały płat, bądź też całe pole płucne w rodzaju przypadku, obserwowanego przez jednego z nas (G l a s s) a którego opis ukaże się w Przeglądzie Radiologicznym. Jak widać na diapozytywie, olbrzymia torbiel zajmuje całe pole płucne prawe i imituje odmę sztuczną. Dopiero paroletnia obserwacja chorego oraz dokładna analiza zdjęć rentgenowskich pozwoliła na ustalenie właściwego rozpoznania. Torbiele małe spotykamy znacznie częściej. Do dzisiejszego dnia toczy się spór o to, czy słuszne jest odróżnianie torbieli płucnych od rozstrzeni. Zastrzec się w tym miejscu należy, że mowa jest jedynie o t. zw. torbielach gazowych, czyli powietrznych, a nie o torbielach skórzastych lub bąblowcach. W większości przypadków uważamy rozstrzenie oskrzelowe za zmiany rozwojowe, a w niewielkiej części jedynie — jako schorzenie nabyte. W rozstrzeniach wrodzonych nie stwierdza się zazwy-

czaj retrakcji pola płucnego oraz przeciągnięcia narządów śródpiersia w stronę chorą. Brak tych zmian włóknistych stanowić ma cechę charakterystyczną dla rozstrzeni wrodzonych. Rozpoznawać rozstrzenie wrodzone wolno nawet wtedy, gdy objawy kliniczne występują poraz pierwszy dopiero w wieku dojrzałym. Wiemy bowiem, iż wiele wad rozwojowych pozostawać może w stanie utajenia przez lata, aż do chwili, gdy naskutek jakichś czynników zewnętrznych nastąpi zaburzenie dotychczasowej równowagi, co powoduje wystąpienie pełni objawów klinicznych Torbiele płuc należą również do zmian rozwojowych. Zarówno rozstrzenie, jak i torbiele, powstają naskutek zaburzeń w rozwoju oskrzeli. Czy to naskutek nadmiernego rozwoju oskrzeli, czy też na skutek zmniejszenia ich sprężystości i wtórnego ich rozdęcia, otrzymuje się znamienne dla rozstrzeni zmiany. Nieraz rozdęcie końcowych odcinków oskrzeli bywa tak wielkie, iz odnosi się wrażenie, że każde oskrzele zakończone jest workiem. Te wszystkie zmiany nazywamy rozstrzeniami i wspólną ich cechę stanowi w badaniu wypełnienie się ich przez lipiodol. W niektórych jednak przypadkach stwierdza się w płucach większe lub mniejsze jamy, wyłożone zazwyczaj nabłonkiem oskrzelowym, o ścianach zawierających niemal wszystkie składniki ściany oskrzeli, które nie komunikują się, bądź tylko częściowo komunikują ze światłem oskrzeli. Dla tych przypadków rezerwujemy nazwę torbieli gazowych. W niektórych torbiele gazowe są zupełnie nieme, nie powodują objawów ani objektywnych ani subjektywnych. Będą to torbiele zamknięte. Zdarza się jednak często, że torbiel przebija się do światła oskrzela, czemu klinicznie odpowiada zwykle krwawienie oraz zaostrzenie gorączkowe i powoduje w następstwie typowy przebieg kliniczny dla rozstrzeni. Zdarza się również, że torbiel taka po przebiciu się do oskrzela zachowuje wentyl jednostronny, który pozwala na wydalanie plwociny i krwi na zewnątrz i daje pełnię objawów fizycznych, a nie pozwala na wypełnienie torbieli lipiodolem. Sądzimy, iż ten typ torbieli przeważa w danym przypadku, ponieważ jedynie tylko ta koncepcja objaśnia przebieg kliniczny z krwiopluciami, dźwięczne objawy jamiste, brak dodatniego wyniku bronchografji a natomiast obecność licznych jam, niewypełniających się lipiodolem.

Chociaż większość autorów stoi obecnie na stanowisku, iż rozpoznanie zwyrodnienia torbielowatego płuc jest uzasadnione z punktu widzenia klinicznego, to jednak wszyscy podzielają pogląd, iż pod względem rozwojowym i anatomopatologicznym nie można przeprowadzić ścisłej granicy pomiędzy rozstrzeniami oskrzelowymi a torbielami płucnymi. Jedne i drugie bowiem są wyrazem zaburzeń rozwojowych oskrzeli. Różnią się jedynie wielkością tego zaburzenia: małe rozstrzenie

oskrzelowe stoją na najniższym szczeblu tej wady rozwojowej, na której szczycie znajduje się wielka torbiel płucna, doprowadzająca do całkowitego zaniku miąższu płucnego.

W rozprawie Higier sądzi, że należy te cierpienia uważać za ustrojowe i rodzinne.

Feinstein i Goldkorn. **Przypadek ropnia płuc**. (Z oddz. M. Landsberga).

A. A., lat 31, kiper, zgłosił się do szpitala ze skargami na męczący kaszel, połączony z odpluwaniem dużej ilości plwociny cuchnącej, bóle po lewej stronie pleców i gorączkę. W dniu przyjęcia ilość odpluwanej plwociny wynosiła 300—350 ctm^3; temp. o typie stałym do 38^0. W dzieciństwie zapalenie płuc. W r. 1928 nieżyt oskrzeli o znaczniejszym nasileniu. Od tego okresu częste przeziębienia, połączone z kaszlem i odpluwaniem b. dużych ilości niecuchnącej plwociny. W 1930 r. lewostronne suche zapalenie opłucnej. Wyjazd do Worochty; kaszel mniejszy. W 1932 r. znowu, powtórnie, pleuritis, lewostronnie z silnym kaszlem i odpluwaniem plwociny cuchnącej (po raz pierwszy). Po raz pierwszy zjawiło się też krwioplucie. Zgłasza się do kliniki we Lwowie; leczony jest wlewaniami neosalvarsanu po 0,15, — łącznie 20 zastrz. Poprawa samopoczucia, ale kaszel trwa dalej, odpluwa nadal plwocinę cuchnącą. Zaproponowano zabieg plastyczny — nie zgadza się. W 1933 roku przebywa na klinice prof. Winternitza w Budapeszcie, bez leczenia. Wyjazd na wieś, poprawa ogólna, ale kaszel trwa. Wraca do pracy. W 1935 r. nawrót choroby.—Zgłasza się do szpitala. St. ob. w dniu przyjęcia: Blady, podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. Dołki nad - i - podobojczykowe zaznaczone. Palce wybitnie kolbowate. Waga 53^{30}. Płuca: Dolna granica prawego — XII żebro, ruchoma; w lew. — przytłumienie wyraźne od łopatki ku dołowi i linii pachowej tylnej. Osłuchowo od tyłu po str. prawej oddech pęcherzykowy z wydłużonym wydechem w dolnych częściach płuc, po str. lewej oddech osłabiony, liczne rzężenia drobno- i- średniobańkowe, nasilające się po kaszlu; miejscami przelewania. W linii pachowej tylnej po str. lewej drobne krepitacje opłucnowe. Serce i jama brzuszna bez zmian Plwocina: Koch —; włókna spręż. —. OB — 27 minut. RR = 130/80. WaR — ujemny. Mocz w normie. Rtg.: prawe płuco — wnęka szeroka ze smugami cieniowymi wzdłuż oskrzela; rysunek płucny wzmożony; lewe płuco: nad przeponą zacienienie, przepona prawie nieruchoma. Obraz krwi: Leuk. 11.000, cz. ciał. 4.720.000; Hgb. 61%. Ind. 0,65, eozyn. 4%, neutr. 66%, w tym o jądrze pałeczk. 11,5%, o jądrze segment. 54,5%, Limfoc. 24%, Monocyt.

i przejśc. 6%. Bronchoskopia: (Dr Karbowski; przed badaniem chory w napadzie silnego kaszlu oddał niezwykle dużą ilość plwociny ropnej, cuchnącej) wykazała b. silne przekrwienie oskrzeli i oskrzelików; śluzówka pokryta ropą. Uważając, iż ma się tu do czynienia z ropniem płuc pochodzenia rozstrzeniowego, zastosowano masywne wlewania dożylne będźwinianu sodu (Dr Goldkorn) obok inhalacji olejku eukaliptusowego. Chory pobrał 1-ą kurację N.B.—32 injekcje 20% co 2-i dzień oraz 2-ą kurację — 20 injekcji 20% N. B. w ilości 20 ctm^3, a nawet w tym 5—6 injekcji po 30 ctm^3. — Prócz uczucia ciepła w skroniach i oczach, smaku eteru w ustach i pewnego krótkotrwałego osłabienia — żadnych innych dolegliwości. Ilość plwociny stopniowo się zmniejszała; obecnie chory odpluwa do 30 ctm^3; plwocina jest raczej śluzowa niż — jak przed tym — ropo-żółta, bez woni. W płucach — przejaśnienie się przytłumienia lewostronnego, wyraźna ruchomość; oddech — aczkolwiek osłabiony (zrosty), ale prawie bez przelewających się rzężeń, miejscami tylko pojedyncze rzężenia dźwięczne i furczenia—jako objawy bronchitis. Nadal Koch ujemny; bez włókien sprężystych. OB = 4 godz. 10 minut. Waga 26.I.35 r. 57 —kg., przybyło 4 kg. 30. Obraz krwi. B. c. 9.600. Cz. c. 4.980.000. Hgb. 95%. Ind. 0,94. Retikul. 10‰, eoz. 7,5%, neutr. 57%, pałąk. 7%, segm. 50%. Limfoc. 30% Młod. 1,5%. Monoc. 4%. Wśród leczenia kontrolne zdjęcie wykazało jamę rozstrzeniową z poziomem płynu (zdjęcie bez lipiodolu), następne zaś, przy końcu II-ej kuracji, zanikanie znaczne nacieków, stale postępujące. Bronchografia wykazała b. liczne rozstrzenie workowate obu płuc. — Poprawa objawów klinicznych, rentgenologicznych oraz poprawa wyniku badań laboratoryjnych — tudzież przybytek na wadze — świadczą, iż kuracja N. B. odniosła powodzenie. Należy ją jednak powtarzać aż do całkowitego wyleczenia.

Goldkorn, w związku z przypadkiem demonstrowanym, czyni kilka uwag o samej metodzie Dotychczas G. spostrzegał w ciągu 2 lat 17 przypadków ropni i zgorzeli płuc, leczonych dożylnymi wstrzykiwaniami natrii benzoici. Jest to materiał dość pokaźny, zważywszy niezbyt częste występowanie tego schorzenia. G. sądzi, że na tej podstawie można już ustalić pewne wnioski.

Otóż, zdaniem prelegentów, opinia wyrażona na licznych zjazdach lekarskich (ostatnio również na Zjeździe Internistów Polskich w Łucku), że ropnie płuc stają się po upływie 6 tygodni nieuleczalne metodami zachowawczymi i należy je bezwzględnie operować, — że ta opinja jest nazbyt pesymistyczna. W danym materiale było aż 11 przypadków,

trwających ponad 2 miesiące, a mimo to zostały wyleczone klinicznie i radiologicznie za pomocą benzoterapji dożylnej. Decydującą rzeczą w tej metodzie jest dawkowanie. O ile przeciętnie wystarczy wstrzykiwać codziennie 20 cm³ roztworu 20% natrii benzoici, o tyle w przypadkach zadawnionych, trwających ponad 6 tygodni, a zwłaszcza w ropniach płuc z olbrzymimi jamami, należy zastrzykiwać codziennie conajmniej 10 gr. czystego natrii benzoici, t. j. 50 cm³ roztworu 20%.

Jest to, jak sądzić należy, warunek sine qua non — do uzyskania pełnego efektu leczniczego.

W dawkowaniu niedostatecznym można uzyskać jedynie poprawę objawową, zmniejszenie ilości plwociny, złagodzenie kaszlu i t. p. —

Chorzy znoszą doskonale ogromne dawki i niema obawy przedawkowania.

G. wypowiada się jednak z naciskiem przeciwko stosowaniu benzoterapii w przypadkach zupełnie zaniedbanych, gdy stwierdza się załamanie układu krążenia na skutek zatrucia. Tu wszelka terapia jest bezcelowa, a zastrzykiwanie będźwinianu sodu może dać zupełnie mylne pojęcie o samej metodzie, która rzeczywiście oddaje nieocenione usługi w ropniach płuc.

W rozprawie Jochweds zaznaczył, że ponieważ w plwocinie nie znaleziono włókien elastycznych, to jeszcze rzecz niezupełnie pewna, czy ma się tu do czynienia z ropniem w miąższu płucnym, czy też z ropieniem w obrębie rozstrzeni oskrzelowej.

Rotstadt ostrzega przed zbyt pochopnym dziś zalecaniem w ropniach płuc leczenia za pomocą diatermii krótkofalowej; spostrzegano bezpośrednio po tym śmiertelne krwotoki. Zabiegi te można stosować jedynie w warunkach ścisłej obserwacji klinicznej.

Goldkorn w odpowiedzi podkreśla, że w plwocinie u chorych z ropniem miąższu płucnego często nie stwierdza się włókien elastycznych; zwłaszcza w ropniach przewlekłych włókna te ulegają rozkładowi pod wpływem zaczynów.

Emma Mościsker. **Zastosowanie ćwiczeń udarowych Fröschelsa w przypadku zaburzenia głosu na tle mutacji**. (Z oddziału oto-laryngologicznego B. Karbowskiego).

Zaburzenia głosu na tle mutacji powstają w ten sposób, że błędne mechanizmy mięśniowe, które w okresie pokwitania występują przemijająco, stają się nawykowe. Szybki wzrost

i zmiana warunków funkcjonalnych powodują pewną niedomogę mięśni krtani, zwł. mięśnia głosowego tak, że niekiedy wyłącznie mięsień pierścieniowo-tarczykowy napina struny głosowe, a że skurcz tego mięśnia powoduje bardzo silne napięcie, powstaje stąd bardzo wysoki i cienki głos czyli fistuła.

Niedostateczna jest w niektórych przypadkach czynność mięśnia poprzecznego; w obrazie laryngoskopowym widoczny jest długi, wąski „trójkąt mutacyjny“.

Niedomoga mięśniowa może jednak też dotyczyć większej liczby mięśni. — M. omawia bardziej szczegółowo następujący przypadek.

Pacjent ma lat 16. Mutacja głosu rozpoczęła się przed 2 laty. Skarży się, że rano po przebudzeniu przez godzinę wogóle nie może wydobyć głosu; w ciągu dnia powtarza się to kilkakrotnie. Głos wyjątkowo wysoki, bardzo słaby. Laryngoskopia: Głośnia szeroko rozwarta, struny głosowe zaczerwienione.

Celem terapii było przede wszystkim zamknięcie głośni i w tym celu stosowane były ćwiczenia udarowe.

Ćwiczenia udarowe (Stossübungen) wprowadził do logopedii Fröschels. Polegają one na tym, że ramiona, podniesione

do poziomu brodawki sutkowej, podczas artykulacji poszczególnych głosek wykonywują silne trącające ruchy w kierunku ku dołowi. Należy przy tym unikać błędu zbyt wczesnego lub spóźnionego wydawania głosu, t. j. zanim gwałtowny ruch się rozpoczął lub po jego ukończeniu. Każdy z wysiłkiem wykonywany ruch może powodować wypromieniowanie impulsu tak, że występują ruchy towarzyszące, które zazwyczaj są nieświadome i często mają charakter synergiczny. I odwrotnie, świadomie wykonany ruch towarzyszący może odbić się na pierwotnie zamierzonej czynności. Silny impuls, który organ woli wysyła podczas trącających ruchów ramion, przenosi się też na jądra mięśni artykulacyjnych i fonacyjnych, i tę właśnie okoliczność wyzyskał Fröschels do celów terapeutycznych.

Ćwiczenia udarowe pierwotnie stosowane były w przypadkach porażenia podniebienia miękkiego; wszelka inna terapia, jak obturator, faradyzacja, okazały się tu zbędne.

Zachęceni pomyślnym wynikiem Fröschels i Weiss zaczęli stosować ćwiczenia te w przypadkach fiksacji strun głosowych po strumektomii; poprawiała się addukcja a także abdukcja—dolegliwości oddechowe zmniejszały się.

Gertrud Lasch z dobrym wynikiem stosowała ćwiczenia udarowe, skombinowane z ćwiczeniami oddechowymi, w niektórych przypadkach rezeąstenii.

W przypadkach długoletniego porażenia mięśnia poprzecznego udało mi się za pomocą ćwiczeń udarowych zamienić szept w dźwięczny głos.

W różnych postaciach histerii ćwiczenia udarowe również oddają usługi.

Dany przypadek dotyczył niedomogi wszystkich adduktorów. Gdy pacjent się wysilał, by wydobyć głos, napinał mięsień pierścienio-tarczykowy. Objawy zapalne, jak zaczerwienienie strun głosowych, grudki gęstego śluzu, należy uważać za objaw wtórny, za następstwo błędnej czynności.

Celem ćwiczeń było — jak już wspomniałam — przede wszystkim zamknięcie głośni. Pomyślny wynik zjawił się bezzwłocznie, a podczas silnych ruchów trącających rozlegał się głos piersiowy. Ćwiczenia udarowe wykonywane były zaledwie na dwóch posiedzeniach. Uwagi godna jest okoliczność, że coup de glotte był przy tym słyszalny tak, że należało ćwiczyć miękkie wprowadzanie głosu. Po upływie 4-ch tygodni pacjent opuścił Warszawę; głos był prawidłowy, w obrazie laryngoskopowym widoczne były zaczerwienione struny głosowe, które głośnię w przedniej części zupełnie zamykały; w tylnej części głośni widoczny był wąziutki długi trójkąt.

W przypadkach, w których usunąć należy wyłącznie zbyt silne napięcie strun głosowych, terapia — t. j. ćwiczenia gło-

sowe, trzęsienie żuchwą, ucisk, wywierany na chrząstkę tarczykową w płaszczyźnie czołowej lub też z obu stron — polega na odprężeniu. Tu, gdzie zaburzenie było bardziej rozległe, z doskonałym skutkiem stosowany był silny impuls. Upragniony wynik dało nam postępowanie, które jest zupełnym przeciwieństwem metod, wspomnianych wyżej i ogólnie stosowanych.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 21 lutego 1936 r.

Przewodniczył Wertheim.

Landsberg i Celnikier. **Przypadek colitis gravis.** (Z oddz. M. Landsberga).

O. B., l. 20, przybył 24.XII.35 r. w stanie krańcowego wyniszczenia. Rozpoczęło się przed 9 miesiącami od rozwolnień, bólów w brzuchu i t^0 (powyżej 38^0). Leczenie szpitalne (w Pińsku i w Warszawie) bez poprawy; dopiero po czteromiesięcznym pobycie w Otwocku, po kuracji insulinowej, stan chorego znacznie się poprawił; przybyło mu przeszło 20 klg. na wadze; wypróżnienia unormowały się. Po miesięcznym pobycie w domu znów bóle w brzuchu oraz rozwolnienia (4—5 dziennie) koloru ciemno-bronzowego, cuchnące, z domieszką śluzu, na początku bez krwi; po kilku tyg. ukazała się 2 razy krew. Zpowrotem wyjechał do Otwocka, ale nie poprawiał się; dołączyły się jeszcze wymioty po każdym posiłku, oraz luki pamięciowe. Gdy przybył na oddział był bardzo blady, wychudzony, apatyczny; tętno słabo wypełnione, bez t^0 podniesionej; język był blady, i suchy; w płucach +; w sercu — głuche tony; brzuch — zapadnięty, nieco bolesny z ucisku w prawym dole biodrowym; wątroba i śledziona niemacalne. W moczu +. W kale—śluzu, krwi, ropy, jaj pasożytów nie było, również laseczników Kocha. Z kału wyhodowano pałeczki odmieńca i dwoinki typu enterokokowego. Pirquet ujemny. Rentgen płuc +. Ciśnienie krwi — 105/70. Odczyny zlepne we krwi w czasie temperatury, przed przybyciem na oddział, wypadły ujemnie. W krwi na początku pobytu na oddziale: czerw. ciałek — 3.600.000, Hgb. — 44%, index — 0,6, biał. ciałek — 19.800 o wzorze: segm. — 52%, pał. — 4%, limf. — 36%, monoc. — 5%, eoz. — 2%, baz. — 1%. Zaczęto stosować choremu 2 r. dz. wlewania soli fiziologicznej, codziennie dożylnie cebion (8 zastrzyków), domięśniowo wyciągi z wątroby oraz podskórnie strychninę i kamforę. Już po 10 dniach dość wyraźnie zaczęła się ujawniać poprawa; z każdym dniem postępowała. W czasie pobytu na oddziale, przed 6 tyg, wytworzył się ropień dookoła odbytu; po 5 dn. pękł; badanie ropy stwierdziło obfitą, rozmaitą florę bakteryjną. Obecnie już chodzi, ma codziennie jedno wypróżnienie koloru żółtego, sformowane, bez śluzu, bez

ropy i bez krwi (próba benzydynowa —); przybywa mu stale na wadze (już 14 klg.), pamięć wróciła, łaknienie ma dobre. Jest na pełnej diecie; niema też żadnych bólów w brzuchu. Przed 4 tyg. we krwi: czerw. ciałek — 4.200.000, hgb. — 70%, index — 0,8, biał. ciałek — 9.400 o wzorze: segm. — 64%, pał. — 4%, limf. — 27%, monoc. — 2%, eoz. — 3%, myeloc. — 1%. Przed tygodniem we krwi: czerw. ciałek — 4.320.000, hgb.—83%, index — 0,96, biał. ciałek — 6.800 o wzorze: segm. — 72%, limf. — 20%, monoc. 7%, eoz. — 1%. Przemiana podstawowa + 11,6%. Pirquet obecnie +. Ciśnienie krwi $^{115}/_{80}$. Odczyn Biernackiego = 3 godz. 10 min. Płyn kontrastowy wypełnia okrężnicę prawidłowo.

W rozprawie Dworecki zaznacza, że wiele ciężkich przypadków colitis na terenie szpitala leczono ze znakomitym wynikiem szczepionkami.—Gleichgewicht zwraca specjalnie uwagę, że we wszystkich przypadkach Colitis, a zwłaszcza Colitis ulcerosa — należy do celów rozpoznawczych posługiwać się rektoskopią. Miejscowe leczenie za pomocą 5%-go rozczynu azotanu srebra, wprowadzanego przez rektoskop, daje w Colitis ulcerosa dobre wyniki.—Fleysing uważa, że przypadek demonstrowany obecnie nie może być traktowany jeszcze jako całkowicie wyleczony; może to być tylko remisja; F. podkreśla, że stawianie rozpoznania Colitis wymaga wielkiej ostrożności.

Wertheim, w związku z demonstrowanym chorym, podaje przebieg dwu przypadków z oddziału chirurgicznego, zbliżonych do powyższego, które wymagały operacyjnego wyłączenia odcinka chorego jelita, oraz jednego przypadku, w którym zastosowano coecostomię i anus praeternaturalis. Nieraz colitis gravis ulcerosa wymaga leczenia operacyjnego i poprzez coecostomię (i płukanie jelita rozmaitymi środkami odkażającymi) można dopiero uzyskać pożądany wynik.—Goldstein przytoczył opinię wielu lekarzy, wyrażaną na ostatnich zjazdach chirurgicznych, gdzie tematem obrad było leczenie colitis ulcerosa; przeważały poglądy o potrzebie wykonywania hemicolectomii, a nawet colectomii.

Landsberg w odpowiedzi podkreślił, że aczkolwiek badania nie wykazały, iż ma się tu do czynienia z colitis ulcerosa, to jednak klinicznie była to postać colitis gravis.

Sterling i Wolff. **Przyp. porażenia połowiczego z wybitnym odruchem chwytnym** (p. „Medycyna“ r. 1936)

W rozprawie Herman podaje, że miał okazję spostrzegania odruchu chwytnego w kilku przypadkach zarówno w k.k. górnych, jak i dolnych. W jednym z nich, zbadanym anato-

Preparaty roślinno-mineralne w stanie płynnym wybitnie przegrzewające:

EKSTRALIT -

kąpiele (pełne i częściowe), nasiadówki

Zastosowanie: Schorzenia na tle artrytycznym, reumatycznym, jak również na tle wenerycznym, nerwobóle i stany zapalne narządu rodnego.

DEFUZOLIT -

nacierania (masaże)

Zastosowanie: Bóle pochodzenia artrytycznego, reumatycznego lub wenerycznego, nerwobóle i inne. Ma zastosowanie również do miesienia po kąpieli ekstralitowej.

OZONOLIT -

kompresy rozgrzewające

Zastosowanie: Obrzęki i zniekształcenia na tle artrytycznym, reumatycznym i wenerycznym oraz stany zapalne narządu rodnego.

Badania lecznicze, przeprowadzone na klinikach i w szpitalach, potwierdzają wysoką wartość leczniczą naszych przetworów.

Kuracja naszymi lekami zastępuje kurację w uzdrowisku lub ją uzupełnia.

Nasze leki posiada stale na składzie apteka Szpitala.

micznie, okazały się ogniska rozmiękczenia zarówno w węzłach podstawnych jak i płatach czołowych. Na podstawie swoich przypadków H. wysuwa przypuszczenie, iż jednoczesne występowanie objawu chwytnego, Schrijvera oraz Rotfelda-Balduzzi'ego przemawia, być może, za lokalizacją czołową tego zespołu.

Pomper. **Przypadek nadnerczaka nerki.** (Z oddz. D. Kohana).

R. Ch., lat 58, przybyła 17.I.36 zpowodu guza w brzuchu. Początek choroby od roku, kiedy przypadkowo, w badaniu, w czasie przeziębienia—lekarz stwierdził nieduży guz w brzuchu, który nie dawał wówczas żadnych dolegliwości. W moczu krwi nie zauważyła.

W badaniu stwierdzono guz, wielk. głowy dziecka, w prawym podżebrzu; był ruchomy, twardy, poruszał się synchronicznie z ruchami przepony. Między górnym biegunem guza a dolnym brzegiem wątroby wyraźny odgłos bębenkowy. Objawów ze strony przewodu pokarmowego nie stwierdzono. Badanie nerek (chromocystoskopia) wykazuje, przy normalnej czynności lewostronnej, brak wydalania zabarwionej fali ze strony prawej. Pyelografia wsteczna wykazuje: moczowód prawy przesunięty do linii kręgosłupa przez guz b. dużych rozmiarów, zniekształcający dolny i środkowy kielich. Jeszcze wyraźniej to wykazało drugie zdjęcie rentgenowskie po pyelografii, po opasaniu guza na brzuchu drutem. — 24.I operacja usunięcia guza cięciem Bary (Dr Kohan).—Guz wychodził z nerki, wypełniał większą jej część środkową i dolną. Badanie histologiczne wykazało nadnerczak. W 3 tyg. po operacji chorą wypisano z raną zagojoną. Przerzutów u chorej, jak dotąd, nigdzie się nie stwierdza.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 6 marca r. 1936.

Przewodniczył A. Zamenhof.

Merenlender i Ginzburgowa. **Współistnienie kiły II-rzędowej skóry z kiłą układu nerwowego ośrodkowego.** (Z oddz. I. Merenlendera).

Przyp. I. — W. M. przybyła 15/2 36 r. Ma lat 22. 2 miesiące temu wystąpiły w okolicy sromu „krosty", od tego czasu białe plamy na ciele. Przed kilku miesiącami miewała opasujące bóle brzucha. Wywiady poza tym bez znaczenia. Chorób wenerycznych jakoby nie przechodziła. Stan obecny. Budowy prawidłowej, odżywienia miernego, wzrostu średniego. Gruczoły chłonne: podszczękowe, szyjne, pachowe

wielkości fasoli; pachwinowe — obustronnie wybitnie zwiększone, nie bolesne. Jama ustna: powiększenie migdałka lewego. Badania narządów wewnętrznych oraz prześwietlenie klatki piersiowej uchyleń od normy nie wykazało. Badanie neurologiczne ustaliło: wyraźna anisocoria (lewa źrenica znacznie szersza), okrągłe; lewa źrenica bez odczynu na światło, prawej — słaby, na akomodację — obu słaby. Romberg zaznaczony. Odruchy brzuszne dosyć żywe. Kolanowe: żywsze prawe. Odr. Achill. — b. słabe, nie zawsze udaje się je wywołać. Czucie+. W płynie mózgowo-rdzeniowym wszystkie odczyny ujemne i bez pleocytozy. Dno oka +. W badaniu neurologicznym doc. Wł. Sterling ustalił rozpoznanie wiądu rdzenia. Skóra: W skórze całego tułowia, szyi, kończyn górnych i wewnętrznej powierzchni ud b. liczne plamki białe, wielk. od przekroju grochu polnego do monety 2c-groszowej, kształtu okrągłego, wzgl. owalnego, otoczone obwódką ciemno bronzową; całość robi wrazenie siatki. W środkowych odcinkach powiek górnych odbarwienie rzęs. — Jest tu więc z jednej str. odbarwienie, z drugiej — przebarwienie skóry Zmiany te mają wszystkie cechy leukodermy. Poza tym stwierdza się zaburzenia barwikowe, morfologicznie nieco odmienne, mianowicie na karku, na granicy potylicy, w okolicy czołowej prawej, na granicy skóry uwłosionej i nieco wyżej, na wewnętrznej powierzchni ud oraz na podudziach poniżej rzepek. Są to ogniska, wielk. od monety 2 złot. do dłoni dorosłego człowieka, o nieprawidłowym zarysie, zygzakowate (chora podaje, że plamy te trwają od wielu lat, niektóre nawet od dzieciństwa). Między środkiem a kątem prawym ust linijne odbarwienie śluzówki. Na śluzówkach warg sromych dużych, małych i dookoła odbytu spostrzega się guzkowate wyniosłości koloru ciemnoczerwonego do wielk. monety 20-grosz. i większe, miejscami zlewające się. Badanie surowicy, pobranej z tych wykwitów, wykazało pod mikroskopem w ciemnym polu znaczną ilość krętków białych. Mocz — norma. Odczyn WaR we krwi (+ 4; w płynie mozgowo-rdzen. ujemny). Gonoreakcja + 4. Morfologia krwi — zmian patologicznych nie wykazała. Odczyn Biernackiego — opadanie krwinek po 30 minutach (znaczne przyśpieszenie). — Mamy więc chorą 22-letnią, cierpiącą na bielactwo, nabyte od wczesnego dzieciństwa, a która o czasie zakażenia kiłowego nic nie wie. Poza tym stwierdza się obecność niezmiernie rzadkiego obrazu, mianowicie: współistnienie kiły czynnej drugorzędowej skóry oraz narządów wewnątrzwydzielniczych (leucoderma) z kiłą ośrodkowego układu nerwowego (tabes dorsalis).

Przyp. II.—C. P. przybyła 25.II.36 r. Lat 36, bezdomna; podaje, że ma swędzenie skóry i wysypkę od roku. Nie leczyła się. Skarży się na znaczne bóle brzucha o charakterze

opasującym. Chora budowy prawidłowej, wzrostu małego, odżywienia złego. Gruczoły chłonne pachwinowe obustronnie wybitnie zwiększone, twarde, niebolesne, przesuwalne. Powiększenie wątroby o 1 palec; rozszerzenie serca ku górze i na prawo; podmuch skurczowy u koniuszka. Na obydwuch migdałkach spostrzega się wykwity guzkowate, okrągłe, rozpadowe, pokryte brudnym, trudno ścierającym się, szaro-białym nalotem. Śluzówka naokoło tych wykwitów zmian zapalnych nie wykazuje. Badanie neurologiczne: Lewa źrenica węższa, na światło reaguje bardzo słabo, prawa normalna; na akomodację — obie słabo. Romberg — ujemny. Odruchy kolanowe bardzo żywe, po stronie pr. żywsze; Achill. — wogóle żywe, z praw. str. polikinetyczny. Brak odruchów brzusznych. Badanie dna oka (dr Skotnicki): prawe — norma; lewe — liczne ogniska degeneracyjne w postaci plam odbarwionych. W płynie mózgowo - rdzeniowym: białko 0,16; Lange (krzywa o tendencji do typu kiłowego); bez pleocytozy; WaR — ujemny, cytochol. — ujemny. W skórze całego tułowia, a także kończyn górnych i dolnych, zapalenie skóry wypryskowe ze skłonnością do zliszajowacenia, oraz melanodermia, jako skutek zawszenia i stałego drapania. W skórze dolnej powierzchni lewego sutka skupione, półkolisto ułożone, guzkowate wyniosłości, wielkości przekroju grochu polnego, nacieczone, koloru ciemno-czerwonego, miejscami rozpadłe, wzgl. pokryte szarym nalotem. Na wargach sromu dużych, małych, oraz na skórze wewnętrznej powierzchni ud, liczne guzki wielkości grochu i fasoli, miejscami zlewające się koloru ciemnoczerwonego, gdzieniegdzie o powierzchni wilgotnej. Mocz — norma. WaR - + 4 (we krwi). Badanie (w ciemnym polu) surowicy z tych wykwitów wykazało b. liczne krętki blade. — Stwierdza się więc tu typowe, z jednej strony, lepieże płaskie kiłowe, w których wykazano krętki blade, oraz zwiększenie gruczołów chłonnych — czyli objawy wzgl. świeżej kiły czynnej, a z drugiej strony, zaburzenia w układzie nerwowym, znamienne dla lues cerebrospinalis.

W rozprawie Higier zastanawia się, czy należy jeszcze uznawać w dobie nowoczesnych badań podział kiły na klasyczne okresy. W reinfekcję nie wierzy. H. przytacza 3 przypadki bardzo wczesnego wystąpienia objawów nerwowych po zarażeniu się kiłą. W jednym przypadku — w 3 miesiącu po zarażeniu — wystąpił lues cerebri; w drugim, po upływie 6 miesięcy, ciężkie objawy myelitis; w trzecim przypadku po 7 miesiącach stwierdził wiąd rdzenia

Herman uważa, że w przypadku 1-ym mamy niewątpliwie wszystkie objawy klasyczne wiądu rdzenia. Nic tu nie

przemawia za rozpoznaniem lues cerebrospinalis. H. zaleca zebranie szczegółowego wywiadu stosunków rodzinnych ze względu na możliwość istnienia kiły wrodzonej, a tacy osobnicy są może bardziej skłonni do reinfekcji. H. zapytuje, czy uraz mógłby w przypadku 2-im wpłynąć na powstanie i umiejscowienie wykwitów skórnych.

Rotstadt zwraca uwagę, że już przed wielu laty, badając systematycznie płyny mózgowordzeniowe na oddz. wenerycznym szpitala, miał możność stwierdzać pleocytozę w płynie mózgowo rdzeniowym, bez widomych zmian wczesnych neurologicznych, u osobników dotkniętych kiłą.

Bregman omawia postaci kiły neuro-i-dermotropowej. Zwraca uwagę na częste objawy oponowe w kile 2-rzędowej, które zazwyczaj są przemijające, jakkolwiek spostrzegał też i ciężkie przypadki. Często różnica między wiądem rdzenia a kiłą mózgowo-rdzeniową zaciera się, występują postaci mieszane.

Bornsztajn przytacza znany mu przypadek, w którym po upływie $1^1/_2$ roku od zarażenia już wystąpiły objawy porażenia postępującego.

W odpowiedzi Merenlender dodaje, że właściwie nie jest słuszny podział klasyczny kiły na okresy, skoro w ostatnich latach stwierdzano w gruczołach chłonnych osobników, chorych na wiąd rdzenia, wzgl. porażenie postępujące, krętki blade. Co się tyczy reinfekcji — to znane są kryteria, dotyczące tych możliwości. Referent takie przypadki zresztą sam spostrzegał. Według stanu obecnego wiedzy i na podstawie własnych badań, opublikowanych przed kilku laty, nie da się utrzymać dawny podział krętków na dermo i neurotropowe. Co się tyczy płynu mózgowordzeniowego, to wiemy, że już w najwcześniejszym okresie kiły stwierdza tu się dość często zmiany.

Według badań Pandy'ego wiąd rdzenia anatomicznie rozpoczyna się od zmian w naczyniach, a więc tak samo, jak i w kile mózgowordzeniowej. Stąd trudno jest ustalić w pewnych okresach precyzyjną granicę między wiądem rdzenia a kiłą mózgo rdzeniową.

W przypadku 1-ym nie zdołano w wywiadzie i klinicznie wykryć objawów kiły wrodzonej. W przypadku 2-im, umiejscowieniu wykwitów kiłowych mógł sprzyjać wyjątkowy brak warunków higienicznych, ciągłe drapanie i t. p..

P. Zarecki. **Przypadek gruźlicy jamy ustnej, warg, języka i gardzieli**. (Z oddz. B. Jochwedsa).

S., lat 45. zgłosił się 18. I. r. b. z powodu bólów, uczucia swędzenia, pieczenia w ustach i na języku, bólów gardła

i utrudnionego łykania. Trwa to od 3 mies.. Chorób wenerycznych nie miał. Gruczoły podszczękowe powiększone, wielk dużej fasoli, niebolesne, miękkie. W płucach zmiany naciekowe w obrębie górnych płatów płuc (Rtg.).

W sercu +. Wątroba, śledziona, niemacalne. W jamie ustnej: na górnej i dolnej wardze, na podniebieniu miękkim, na języku — ubytki, pokryte ropną wydzieliną — o brzegach nie podminowanych, nie twardych, bolesne z ucisku.

Wass. we krwi — ujemny. Biernacki — 55 minut. W plwocinie bez prątków Kocha; w owrzodzeniach też ich nie stwierdzono.

W moczu: białka 0,066‰; innych składników patologicznych nie stwierdza się. Rozpoznano: Tbc. oris et laryngis.

Owrzodzenia gruźlicze błony śluzowej jamy ustnej spostrzega się b. rzadko. W większości przypadków występują one nie pojedynczo, a zwykle w liczbie mnogiej, atakują jednocześnie język; mają znamienny wygląd, przypominający szczeliny, (jak w danym przypadku na języku) oraz kraterowate przenikanie w głąb tkanek.

Owrzodzenia te występują, gdy nastąpi zupełne wyczerpanie sił obronnych ustroju, stąd dają bardzo złe rokowanie.

Kohan i Epstein. **Prawa nerka przemieszczona i odwrócona oraz naczynia dodatkowe.** (Z oddz. D. Kohana).

J. M. lat 18, przybyła 6.II.36 r. z powodu bólu brzucha w linii pępka w ½ prawej. Przed 15-u mies. appendectomia, w stanie ostrym, po kilku uprzednich napadach. W krótkim czasie ponownie bóle, kłucia w górnym biegunie blizny po cięciu przyprostnym. Bóle trwały do dnia przybycia do Szpitala, przyczym nasilały się w pracy; nie promieniują. Moczenie +; zaparcia. Periody +. T° +, czasem t° >. St. ob. Blizna dług. 10 cm. w prawym dole biodrowym, po rychłozroście. W górnym biegunie blizny w okolicy pępka twór kulisty, twardy, bolesny. Mocz +. Leukocytoza: 6800 o wzorze normalnym. Chromocystoskopia: obie nerki wydalają po 4-ch minutach; ujścia moczowodów, śluzówka w normie. Pyelografia dożylna: prawa nerka osunięta i odwrócona; miedniczka odwrócona na zewnątrz, a kielichy do kręgosłupa; moczowód odchodzi od zewnątrz. Lewa nerka prawidłowa. Pyelografia dolna: odwrócenie nerki prawej.

W czasie pobytu na oddziale miewała co kilka dni ataki bólowe, połączone z t° do 38,9

Wobec stwierdzenia nerki opuszczonej i odwróconej, z objawami przejściowego wodonercza, wykonano operację.

Cięcie skośne prawostronne. Okazało się, że nerka jest przemieszczona, wnęka zwrócona do przodu i na zewnątrz; ponadto są 2 naczynia dodatkowe — tętnica i żyła, trzymające nerkę w tym położeniu i dochodzące do dolnego bieguna, wyraźnie odsznurowanego; szypuła zwykła — dość długa. Nerka zniekształcona: powierzchnia tylna i przednia zwężone a brzegi zewnętrzny i wewnętrzny rozszerzone — nerka dopasowana do warunków anatomicznych. Naczynia dodatkowe podwiązano i odcięto, przez co udało się unieść uruchomioną nerkę ku górze i nieco obrócić wnęką ku środkowi. Wykonano dekapsulację części odsznurowanej i przymocowano nerkę szwami, przez jej tylną ścianę, do mięśni bocznych. Szew warstwowy powłok, paski na łożysko.

Przebieg pooperacyjny przez 3 tyg. normalny, gdy nagle otworzyła się w bliźnie, nieco niżej przetoki pooperacyjnej, przetoka moczowa. Badanie moczu w tym okresie wykazało do 80—100 leukocytów i 0,1—0,25 pro mille białka. Pyelografia dożylna i dolna, o zarysach niezbyt wyraźnych, wykazała, że nerka nadal odwrócona Chromocystoskopia: lewa nerka wydala normalnie, a prawa tylko przez przetokę, — w tym samym czasie. Również podany

błękit metylenowy wydzielał się prawie tylko przez przetokę. Wobec tego założono chorej cewnik moczowodowy na stałe. Cewnik pozostawał przez 2 tygodnie; codziennie zapuszczano przezeń 2—4 cm. początkowo $^1/_2$%, a potym 1-oprocentowego, lapisu. W tym też czasie — w odstępach 10-odniowych—dwukrotnie wprowadzono perełkę lapisową przez przetokę, opatrunek wówczas często po kilka dni nie przemakał.—Cewnik usunięto. Przez tydzień nic przez przetokę się nie wydalało; przetoka zamknęła się. Chorą wypisano 17.V.36 z raną zagojoną i w dobrym stanie zdrowia, bez dolegliwości. Przypadku podobnego niema w piśmiennictwie lekarskim.

P ł o ń s k i e r. **O wczesnym rozpoznawaniu raka na podstawie odczynu cytolitycznego Freund - Kaminer.**

P ł o ń s k i e r przedstawia wyniki wstępnych badań nad odczynem F. - K. — Badaniu poddawano kał chorych; zbadano dotychczas 125 przypadków; błędy wynosiły około 13%. (Ukaże się obszernie w „Warsz. Czas. Lek.“ po zbadaniu większego materjału).

P ł o ń s k i e r i S z p e r. **Przyp. raka płuc z rozległymi przerzutami i torbielą trzustki.**

U mężczyzny 52-letniego znaleziono na sekcji raka płuca lewego z przerzutami do wątroby, pęcherzyka żółciowego, do jelit, trzustki i do nadnerczy. W ogonie trzustki przejście do dużej torbieli pozaotrzewnowej; w główce i trzonie trzustki rozległe przerzuty, uciskające przewód trzustkowy.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 21 marca r. 1936.

Przewodniczył B o r n s z t a j n.

B e n e d y k t G l a s s i P. Z a r e c k i. **Przypadek gruźlicy płuc typu dziecięcego u chłopca lat 16 tu.** (Z II go oddz. gruźliczego B. J o c h w e d s a i z poradni przeciwgruźliczej „Brijus“ w Warszawie).

W I. r.b. zgłosił się do poradni przeciwgruźliczej 16-letni chłopiec, badany w odstępach 3 miesięcznych, ponieważ pochodzi z rodziny gruźliczej. W badaniach poprzednich, fizycznym i rentgenoskopowym, nie stwierdzono nigdy zmian w płucach; natomiast w styczniu r. b. stwierdzono przytłumienie przymostkowe w 4-ej i 5-ej przestrzeni międzyżebrowej prawej z osłabionym oddechem oskrzelowym. Od 2—3 tygodni miewa nieraz stany podgorączkowe, pokasłuje

oraz odpluwa trochę plwociny. Ale ogólnie czuje się dobrze, pracuje bez przerwy. Badanie Rtg. wykazało intensywne zacienienie w obrębie środkowego płata, ostro odgraniczone od góry i rozpływające się ku dołowi. Prątków w plwocinie nie stwierdzono. Zalecono powtórne zdjęcie rentg., które wykonano po 4 tygodniach. Na zdjęciu widać pas zacienienia, ostro odgraniczony od góry i smugowato zlewający się ze zdrowym miąższem w dole, o kształcie trójkąta, opartego podstawą o dolny biegun wnęki, a szczytem sięgający do obwodu. Celem ustalenia dokładnego rozpoznania skierowano chorego do szpitala. Wobec tego, że formalności dla uzyskania przekazu do szpitala się przedłużały, wykonano w poradni 10-go marca następne zdjęcie, na którym w porównaniu ze zdjęciem poprzednim zmiany uległy znacznemu zanikowi. Oprócz wrzeciona, charakterystycznego dla wysięku międzypłatowego, widać wyraźnie dość intensywne jeszcze nacieczenie przywnękowe. W parę dni później chory zgłosił się na oddział dra J o c h w e d s a, gdzie w badaniu fizycznym ustalono utrzymujące się przytłumienie przymostkowe z oddechem oskrzelowym, bronchofonią i śladem egofonii, bez prątków w plwocinie i przy stanie bezgorączkowym. Zdjęcie, wykonane w pracowni szpitala, wykazało całkowity niemal zanik zapalenia międzypłatowego przy utrzymującym się jeszcze — ale w znacznie mniejszym natężeniu — nacieczeniu przywnękowym. W tym stanie wypisano go ze szpitala z zaleceniem leczenia klimatycznego.

O czym należało myśleć w powyższym przypadku? Obraz kliniczny przemawiał zarówno przeciwko płatowemu zapaleniu płuc, jak i pogrypowemu odoskrzelowemu zapaleniu, brak było bowiem okresu wysokiej gorączki oraz zadziałania toksycznego na stan ogólny. Można też było pomyśleć o ograniczonej niedodmie, brak było jednak znamiennych danych klinicznych i rentgenologicznych. Był natomiast niezbicie wysięk międzypłatowy z nacieczeniem przywnękowym, przebiegającymi niemal bezobjawowo i zanikającymi niezmiernie szybko u chłopca z rodziny gruźliczej. Stojąc na stanowisku, że wszelkie samoistne wysięki opłucnowe są pochodzenia gruźliczego, zgodnie z podziałem wysięków, ogłoszonym przed dwoma laty (Glass), zaliczono ten wysięk do wysięków toksycznych okresu zanikania zespołu pierwotnego, które powstają na skutek rozbudzenia ogniska gruźliczego w części gruczołowej zespołu pierwotnego. To samo zaostrzenie ogniska gruźliczego w gruczole spowodowało wystąpienie nacieczenia przywnękowego. Taki sam obraz widzimy często u dzieci w t. zw. gruźlicy gruczołowej, która powstaje na skutek postępu zmian gruźliczych w gruczołach przyoskrzelowych. Zmiany te stwierdzamy zarówno w okresie zakażenia pierwotnego, kiedy występuje t. zw. przez Redekera Primärinfiltrierung, jak i w okresach późniejszej pro-

liferacji zespołu pierwotnego, kiedy widzimy t. zw. Sekundärfiltrierung. Odróżnić nacieczenie pierwotne od nacieczenia wtórnego można jedynie wtedy, jeśli znamy wynik odczynu Pirqueta z okresu przed zachorowaniem. Wobec tego, że w przypadku danym nie wykonywano uprzednio tego odczynu, Gl. nie wie, czy zmiany stwierdzone wystąpiły w okresie zakażenia pierwotnego, czy też na skutek uczynnienia się składnika gruczołowego pierwotnego. Sądząc z piśmiennictwa zagranicznego, szczególnie francuskiego, postaci gruźlicy typu dziecięcego nie stanowią rzadkości u osobników do lat 20-u. Rzadko się je jednak rozpoznaje, ponieważ przebiegają zazwyczaj bezobjawowo, stąd nie skłaniają chorego do zgłoszenia się do lekarza.

Rokowanie w tych przypadkach jest zasadniczo dobre pod warunkiem jednak, że chory nie będzie narażony na powtarzające się zakażenia gruźlicą, co spowodowaćby mogło w tym okresie wystąpienie gruźlicy krwiopochodnej, a nawet prosówki lub gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

W rozprawie B i e l e n k i zaznaczył, że podobnych przypadków spostrzegał sam bardzo wiele, zwłaszcza w okresach zapalenia płuc pogrypowych. Sprawy zanikają jednakowoż szybko, i klinicznie następuje wyzdrowienie. W danym przypadku nie mamy właściwie, prócz obrazu rentgenowskiego, żadnych innych danych, aby niezbicie stwierdzić gruźlicę. To, że chłopiec pochodzi z rodziny gruźliczej, nie upoważnia również do kategorycznego twierdzenia, że sam jest gruźlicą dotknięty. — J o c h w e d s zwrócił specjalnie uwagę na badanie fizykalne, mianowicie osłuchowe, okolicy pod prawym sutkiem, gdzie stwierdzenie ogniska bywa bardzo znamienne dla sprawy gruźliczej.

Następnie J. poruszył niebezpieczeństwo superinfekcji u podobnych osobników i dlatego uważa, że nie powinni oni przebywać na oddziałach gruźliczych ani w sanatorium dla płucnochorych.

G l a s s w odpowiedzi podkreślił, że w przypadku powyższym za gruźliczym pochodzeniem nacieku przemawiał brak gorączki, przewlekły przebieg cierpienia oraz odczyn opłucnowy.

T e n c e r. **Przypadek porażenia obu strun głosowych pochodzenia ośrodkowego**. (Z oddz. B. K a r b o w s k i e g o).

Chora, lat 22; została przywieziona na oddział dra F e j g i n a przez pogotowie lekarskie z powodu silnej duszności. Cierpienie jej trwało 10 dni. Rozpoczęło się od silnej gorączki, dreszczy, kaszlu. Chora do łóżka jednakże się nie kładła i nie przestawała pracować. 4 dni przed przybyciem do szpitala gorączka sięgała 39°, jednocześnie wystąpiła

silna duszność napadowa oraz kłucia w klatce piersiowej. Przed 3 laty przeszła zapalenie stawów. Od 2 mies. bóle głowy, szum w uszach, bezsenność i zawroty. Leczyła się u lekarza chorób nerwowych. — W narządach wewnętrznych bez zmian. Badanie laryngologiczne, przeprowadzone na oddziale dra Fejgina, wykazało u chorej duszność wdechową, ustawienie strun głosowych w położeniu przyśrodkowym, przy zniesionym odwodzeniu a zachowanym przywodzeniu ich.

Chorą przepisano na oddział laryngologiczny, gdzie wykonano dodatkowe badania, które podłoża nie wykryły.

Badanie neurologiczne (Dr Herman) wykazało zespół Hornera po str. prawej, żywe odruchy okostnowe, l. $<$ pr., arefleksję stóp, Rossolimo l. +. Badania laboratoryjne: krew 9.000 c. b., wzór prawidłowy. Wass. ujemny. Mocz — bez zmian; w kale jaj pasożytów nie stwierdzono; płyn m. r. — 6 kom. - 5 jednojądrzastych, 1 wielojądrzasty. Po upływie 2 tygodni — stan chorej się poprawił. — Laryngoskopia — zmian nie stwierdzono, a chora jednak miewa napadową duszność. Rozpoznano encephalomyelitis. Chora jest leczona Rtg. —.

W rozprawie Herman stwierdził, że przypadki encephalomyelitis epidemica disseminata, opisane przez Redlicha i Flataua, są u nas nadal spostrzegane. Na podstawie materiału, obejmującego przeszło 100 przypadków, H. mógł na Kongresie Międzynarodowym Neurologów w Londynie w roku ubiegłym podać szczegółową klasyfikację kliniczną tej jednostki chorobowej. W klasyfikacji tej jest jedna postać, do której należałoby zaliczyć przypadek tu demonstrowany, — jest to encephalomyelitis bulbi. Tego rodzaju przypadki spostrzegał H. zwł. w ostatnim roku. Charakteryzują je zazwyczaj: jednostronne porażenie nerwu zwrotnego, zespół Hornera, nieraz zaburzenia łykania oraz dyskretnie zaznaczone objawy piramidowe po stronie przeciwnej. Przypadek, podany przez kol. Tencera, jest znamienny ze względu na obustronne porażenie nerwu zwrotnego.

Karbowski zaznacza, że — poza porażeniem — wchodzić tu może również w rozważanie i sprawa stanu spastycznego strun głosowych. Higier specjalnie podkreślił doniosłość czynnika psychogennego w omawianym przypadku.

I. Aszowa i J. Rotstadt. **Przyp. pourazowego porażenia prawostr. nerwu kulszowego.**

J. O., lat 24. 6. I. 36 r. postrzelony z rewolweru: otwór wejściowy na prawym pośladku u odbytu, wyjściowy na poziomie grzebienia kości biodrowej prawej. St.

ob. (14.I.36): Ruchy w stawach biodrowym i kolanowym prawym zachowane. W stawie skokowym prawym żadnych ruchów stopą nie wykonywa, nie porusza też palcami. Czucie bólu i dotyku na całej prawej kończynie dolnej zachowane. Odruch ze ścięgna Achillesa po str. prawej = 0.—Rozpoznano porażenie prawego nerwu kulszowego. 16.I. po 2 pierwszych kąpielach hipertermicznych do pasa (stopniowanych od 35°—42°C) wykonywa już minimalne ruchy palcami prawej stopy oraz nieznaczny ruch stopą ku górze. W próbie poruszania palcami widoczne się staje napinanie mięśnia, wzgl. ścięgna m. extensor. digitorum communis. 24.I, t. j. po 18 dniach, unosi już stopę prawą; ruchów bocznych nie wykonywa; palcami porusza. Zastosowano: kąpiele hipertermiczne do pasa (35°—42°C) z łagodnym prądem sinusoidalnym, ruchami pod wodą, miesienie oraz gimnastykę prawej kończ. dolnej (synchronicznie z lewą zdrową) na aparatach. 1.II. unosi stopę; wymiar ruchów już tylko o 15° mniejszy niż po str. lewej. Ruchy palców o wymiarze prawidłowym. AR pr. nadal=o. Obwód pr. uda o 2,5 cm., podudzia o 2 cm. mniejszy niż po str. zdrowej. W chodzie z lekka zaznaczone wyrzucanie stopy prawej. 13.II ślad ruchu stopy na zewnątrz. Stopę unosi wciąż wyżej (10° różnicy). 17.II.36. wypisany. AR w dalszym ciągu = 0. Ruchy stopą prawie normalne. Po 2 tyg. zgłosił się do leczenia ambulatoryjnego. Stwierdzono znów małą poprawę: zginanie i rozginanie stawu skokowego nieco obszerniejsze, siła tych ruchów już wyraźnie zaznaczona, nawet w próbie z oporem, ruch boczny na zewnątrz ledwie zaznaczony.—Wciąż postępujący powrót ruchów należy szczególnie tu podkreślić obok trwającego nadal zaniku odruchu ze ścięgna Achillesa. Badanie elektr. 16.III.36 r. wykazało częściową reakcję zwyrodnienia w mięśniach podudzia prawego.

Ponieważ już po 10 dniach od chwili urazu chory zaczął poruszać stopą, nie ulega wątpliwości, że przewodnictwo nerwu nie zostało przez uraz na stałe przerwane, słuszne więc było, w leczeniu wstępnym, wyczekujące, zachowawcze stanowisko chirurga w porozumieniu z neurologiem. Prawdopodobnie wystąpił tu w najbliższym sąsiedztwie nerwu, w linii przejścia kuli u pnia nerwu, wylew krwawy, który już po kilku dniach zaczął ulegać wchłanianiu, albo też wstrząs nerwu, wywołany postrzałem, który spowodował w pniu zaburzenia dynamiczne, wzgl. czynnościowe. Zaników mięśni uda i podudzia nie można tu tłumaczyć wyłącznie unieruchomieniem kończyny, gdyż trwało to b. krótko; nie było też cierpienia stawów a już po kilku dniach zaczął poruszać bezwładną dotąd kończyną. Prawdopodobnie wstrząs miał tu wpływ nie tylko na sam pień nerwu, ale na całość łuku odruchowego, a więc i na

troficzne komórki w przednich rogach rdzenia na poziomie odcinków lędźwiowo-krzyżowych. Tym też można wytłumaczyć brak odruchu ze ścięgna Achillesa, jakkolwiek ruchy p. k. d. łącznie ze stopą są naogół zachowane, choć jeszcze nie mają właściwej siły. Poza tym podkreślić należy raz jeszcze, na co w pracy swej zwrócił uwagę Rotstadt, że władza—ruch wracać mogą, gdy jeszcze trwają zmiany elektryczne oraz brak odruchu ścięgnowego. Przewodnictwo dla impulsów ruchowych istnieje, lecz napięcie dynamiczne w łuku odruchowym jeszcze niedostateczne, by na podniety odpowiedzieć efektem ruchowym Rokowanie wydaje się tu dobre: sprawność całej grupy mięśni, unerwionych przez n. tibialis, jak i n. peroneus profundus, już i obecnie jest nie o wiele mniejsza niż po str. zdrowej, a odczyn elektryczny wraca zwykle, jak wyżej podkreślono, później niż funkcja. Stąd też chory celowo nie był przez nas 16.III badany elektrycznie, gdyż brak odczynu i tak nie dałby nam oparcia w terapii oraz dowodu, że czynność mięśni nie wróci.

W rozprawie Kohan podnosi wielkie korzyści dla chorych, wynikające z możliwie szybkiego zeszycia przerwanego nerwu w sprawach urazowego pochodzenia. Dążeniem nowoczesnej chirurgii jest uzyskanie ciągłości przerwanego nerwu na drodze operacyjnej w jak najkrótszym czasie po wypadku. Gdy natomiast, według opinii neurologa, w okresie wczesnym badanie prądem elektrycznym często nie jest wskazane, jakie więc wtedy zachodzą możliwości, by orzec o potrzebie szybkiej interwencji? Higier sprawę ujmuje, jako cierpienie obwodowe w związku z przebytym urazem nerwu. Szper, nawiązując do przemówienia Kohana, przytoczył przypadek, podany przez Lenormanda — natychmiastowego zeszycia przeciętego wypadkowo n. medianus, bez odzyskania nawet po 20 latach ruchów w kończynie i czucia.—W odpowiedzi Rotstadt tłumaczy, że zanik uda i podudzia kończyny porażonej nie jest tu tylko wynikiem obwodowego cierpienia nerwu kulszowego, lecz zmian dynamicznych w przednich rogach rdzenia (tu wskutek wstrząsu). Takie zmiany w przednich rogach, wzgl. zaniki mięśni, spostrzega się w sprawach ostrych, podostrych i przewlekłych stawowych oraz w mnogim zapaleniu nerwów. Za taką przyczyną zaników przemawia też brak od początku choroby zmian czucia i troficznych na samym obwodzie. Wynik bad. elektrycznego sam, jako taki, nie może być jeszcze punktem wyjścia postępowania i wskazań dla chirurga, należy zawsze brać pod uwagę przede wszystkim całokształt obrazu klinicznego. Dany przypadek, jego bieg i rozwój pomyślny potwierdzają słuszność takiego stanowiska.

P ł o ń s k i e r demonstruje **preparaty sekcyjne** przypadków: a) ciało obce w oskrzelu i ropień płuc; b) melanosarcoma opłucnej; c) rak płuca, przebiegający klinicznie pod postacią ropnia płuc.

a) U 24 letniej kobiety na sekcji stwierdzono: raka prawego płuca; duże ogniska ropne w dolnym płacie tegoż płuca; zapalenie włóknikowe opłucny prawej i osierdzia; przerzuty raka do wątroby i do gruczołów wnęki płuc; torbiel skórzastą prawego jajnika. Klinicznie rozpoznawano r o p i e ń p ł u c a p r a w e g o.

b) U kobiety 21-letniej na sekcji znaleziono k o ś ć w dużym, dolnym oskrzelu prawego płuca oraz rozstrzenie i mnogie ropnie w tejże okolicy; poza tym ropne zapalenie opon mózg, ropień mózgu, zawał w śledzionie i ropne zapalenie otrzewny. Wreszcie stan po świeżym usunięciu migdałków.

c) U kobiety 48 letniej, której przed 20 laty usunięto gałkę oczną -- stwierdzono na sekcji bardzo rozległe przerzuty mięsaka czerniaczkowego, szczególnie, w opłucnie lewej, — a poza tym raka lewego sutka.

W rozprawie, dotyczącej przypadku ciała obcego w oskrzelu i ropnia płuc, K a r b o w s k i zwraca uwagę na to, że ropnie płuc po wyłuszczeniu migdałków często spostrzegano w Ameryce, co się tłumaczy wykonywaniem tej operacji w uśpieniu ogólnym. Tu mieliśmy do czynienia z nierozpoznanymi rozstrzeniami w dolnym płacie. Za tym przemawiały bóle, na które chora uskarżała się w okolicy prawego podżebrza i zmiany wypukowe i wysłuchowe, stwierdzone nazajutrz po operacji. — Ciało obce, o którym wspominał prelegent, jest broncholitem, jak to słusznie zostało podane. Przeciw przedostaniu się podczas operacji obcego ciała — części zęba — do oskrzeli przemawia brak jakichkolwiek objawów tego podczas i po operacji.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 3 kwietnia 1936 r.

Przewodniczył H. A l t k a u f e r.

M. F e j g i n. **W sprawie rokowania w stanach pozawałowych m. sercowego.** (Z oddz. II wewn. M. F e j g i n a).

Pacjent 56-letni od 2 lat ma wybitne sensacje stenokardialne; rozpoczęło się od 8-ugodzinnego napadu palenia i bólu za mostkiem, promieniującego ku praw. kończ. górnej. Odtąd częste, mniej zaznaczone napady, które ustępowały po nitroglicerynie. W ciągu ostatnich 3-ch mies. dolegliwości te częstsze i do-

kuczliwsze. 3 dni przed przybyciem do szpitala na ulicy bardzo gwałtowny napad bólów za mostkiem, promieniujących do pr. ramienia; nie ustąpiły po nitroglicerynie. Po zastrzyku uspokajającym ból nieco złagodniał, ale nie ustąpił. — Palił 20 papierosów dziennie; nie pije. Żonaty, miał 3 dzieci, 1 no zmarło na serce. W badaniu: trochę trzeszczeń zastoinowych w dole płuc, rozszerzenie granic serca w obu kierunkach, głuche tony na koniuszku i u podstawy, wątroba powiększona o 2 palce. Zmian w układzie nerwowym niema Ciśnienie 125/90 mm. Hg. Tętno 84/min.; oddech 24/min; opadanie krwinek 70 min. pg. Linzenmayera. W moczu: 1% cukru, który zresztą znikł. Wasserm. w surowicy ujemny. We krwi: leukocytów 10200; w tych oboj. 60%, pał. 4%, eoz. 3%, ly 23%, monoc. 10%. Po upływie 5-iu tygodni leukocytoza spadła do 5600, objaw Biernackiego — 230 minut; samopoczucie b. dobre, zaczyna wstawać z łóżka i chodzić. Po 6-iu tygod. stan tak dobry, że chce wypisać się ze szpitala. W tym okresie właśnie wykonano próby czynnościowe krążenia, które od kilku lat są stosowane na oddziale dla orientacji co do wydolności narządu krążenia, wzgl. t. zw. „rezerwy serca". Na cykl tych prób składa się kontrola aparatu regulacyjnego, naczynioruchowego i rządzącego rytmem i częstością akcji serca, a więc badanie tętna, ciśnienia w spoczynku i po wysiłku fizycznym. Próby te są na ogół znane i dość rozpowszechnione; niema potrzeby zastanawiać się tu nad ich znaczeniem i mechanizmem. U danego pacjenta wypadły one nienajgorzej, a mianowicie tętno w spoczynku 96/min., po 10 przysiadach 116, po 40 sek. 96; ciśnienie w spoczynku 120/90 mm. Hg, po wysiłku 135/110 — jest to wynik raczej ujemny, choć wzrost ciśnienia skurczowego o 15 mm. Hg mógłby przemawiać za zachowaną do pewnego stopnia kurczliwością mięśnia sercowego. Natomiast bardzo niepomyślnie wypadły próby wodo-sercowe; znaczenie tych polega na możności oceny zmian pojemności skurczowej i rzutu minutowego serca, a więc właściwej wydolności mięśnia sercowego, której pojemność skurczowa i rzut minutowy mogą być uważane za bezpośredni wykładnik.

Tutaj przytoczyć chcę wynik tych prób w przypadku, który właśnie w sposób dość wyraźny potwierdzić może ich wartość. Próby te, proste w wykonaniu, polegają na podaniu badanemu osobnikowi na czczo 750 ccm. wody do wypicia i badaniu diurezy w ciągu następnych 3 godzin, określając jednocześnie wodochłonność tkanek za pomocą próby Mc. Clure'a-Aldricha na kończynie górnej i dolnej jednocześnie, aby wyłączyć wszelkie pozasercowe czynniki, mogące wpłynąć na rytm i zdolność wydalania wody. Pacjent w ciągu trwania próby zachowuje zupełny spokój, leży w łóżku i pozostaje na czczo. Następnego dnia próba zostaje powtórzona z tą

zmianą, iż pacjent w ciągu trzech godzin po wypiciu wody, spaceruje po sali, siadając tylko od czasu do czasu na fotelu, ale nie kładzie się zupełnie. Osobnik zdrowy, wzgl. z zupełnie wydolnym krążeniem, wydala w ciągu 3 godzin całą lub prawie całą ilość wypitej wody — i to zarówno w spoczynku, jak i w ruchu. Próba Mc. Clure'a-Aldricha wypada przy tym, oczywista, prawidłowo na górnej i na dolnej kończynie, świadcząc o braku gotowości obrzękowej — i to znowu, zarówno w leżącej pozycji, jak i w czasie ruchu.

U naszego pacjanta próba ta wypadła fatalnie, alarmująco. W pozycji leżącej wydalił on w ciągu 3 kolejnych godzin 57 ccm, 50 ccm i 35 ccm, razem 160 ccm. W ruchu zaś ilość moczu wynosiła odpowiednio 35 ccm, 15 ccm i 10 ccm, razem 60 ccm, przy próbie Aldricha w granicach normy. Wynik ten świadczył o daleko posuniętej niedomodze czynnościowej narządu krążenia, który nie był w stanie zadośćuczynić najmniejszemu obciążeniu, pomimo, jak powiedziałem, stosunkowo możliwych wyników prób z tętnem i ciśnieniem, pomimo dobrego samopoczucia, powrotu czasu opadania krwinek prawie do wartości normalnych.

Następnego dnia po dokonaniu prób pacjent został wypisany z oddziału, ale już następnej nocy dostał ponownego zawału sierdzia z obrzękiem płuc tak, że został zaraz ponownie przywieziony do szpitala w stanie bardzo ciężkim, z którego po wielkich wysiłkach ledwie udało się go uratować.

Na przypadku tym okazało się, że z wszystkich klinicznych objawów i prób jedynie tylko próby wodo - sercowe miały istotne znaczenie rokownicze, jak o tym zresztą już nieraz miałem możność się przekonać w innych przypadkach.

W rozprawie J o c h w e d s omawia szczegółowo przypadek i znaczenie wskazanych prób.

D. K o h a n. **Przypadek hemicolectomii z powodu obfitych krwawień z jelita grubego.** (Z oddz. chirurg. D. K o h a n a).

3. IV. 1936 r. chory przybył na oddział w stanie silnego wykrwawienia. Przed 1/2 rokiem przechodził appendectomię gdzie indziej. Na oddziale mimo 2 przetoczeń krwi po 300—400 cm^3 miał 3-krotnie krwotok z grubego jelita. R e n t g e n wykazał w obrębie wstępnicy 2 ubytki cieniowe, zależne przypuszczalnie od obecności polipa. Recto-i sigmoidoscopia nie wykazała zmian patologicznych. W tych warunkach zaproponowano choremu operację, w 3-im tygodniu po ostatnim krwawieniu. Przy operacji okazało się, że guzków w ascendens niema, natomiast stwierdzono szereg dużych skamieniałych gruczołów w angulus ileo - coecalis i przy ścianie wstępnicy. Poza tym w okrężnicy i esicy zmian nie stwierdzono. Ponieważ powiększenie gruczołów pozwalało przypuszczać, że przyczyną krwotoków są albo zmiany krążenia krwi w ścianie jelita grubego, albo też niewyczuwalne owrzodzenie na śluzówce kiszki, wykonano hemocolectomię. Przebieg pooperacyjny gładki. Badania na krew utajoną, w ciągu miesiąca po operacji, dawały wynik ujemny. W rok po operacji chory czuje się doskonale; krwawienia nie powtarzały się.

F e j g i n w rozprawie podkreśla znaczenie badania w tych przypadkach odczynu W i d a l a. — Krwawienia powstać mogły z owrzodzeń po przebytym durze brusznym, które po kilku tygodniach zagoiły się, nie pozostawiając śladu, i dlatego nic podczas operacji nie znaleziono. Przypadek nie jest jasny; być może dalsza obserwacja rzuci światło na przyczynę tak dziwnych krwawień.

L u b e l s k i przypuszcza tu możliwość istnienia ukrytego małego nowotworu w jelicie cienkim; stąd niekiedy nastąpić też mogą krwawienia wewnętrzne.

Szper, rozważając rozmaite możliwości krwawień kiszkowych, uważa, że w danym przypadku, z powodu braku rozpoznania, nie było właściwych wskazań do operacji. Przypadek należy traktować jako nie wyjaśniony.

E. Mościskerówna. **Rzadka postać rhotacismus**. (Z oddz. B. Karbowskiego). Patrz art. oryg. Kw. Klin. Nr. 1—2 r. 1936.

Wajsberg. **Przypadek kiły złośliwej.** (Lues maigna). (Z oddz. J. Merenlendera).

Chory lat 35, nauczyciel. Zgłosił się 24.III.36 r. Wywiady bez znaczenia. Rzeżączka przed 2 laty. Częste przeziębienia, anginy. Na płuca nie chorował. Nie pije, nie pali. Ostatnio dużo pracował i schudł.

Chory od 3 tygodni. Rozpoczęło się od wykwitów na plecach, a z kolei na kończynach i twarzy. Przez cały czas gorączkował do 38°.

Daty zakażenia kiłowego nie ustalono.

Stan obecny. Wzrost średni, budowa wzgl prawidłowa. Odżywienie nie upośledzone. Gruczoły chłonne w pachwinie prawej wielkości małego orzecha laskowego. Język obłożony, uzębienie liche, na prawym migdałku owrzodzenie wielk. grosza, o brzegach gładkich, o powierzchni pokrytej sadłowatym nalotem. Płuca — przytłumienie u szczytów, zaostrzenie oddechu na całej powierzchni. W pozostałych narządach wewnętrznych oraz układzie nerwowym odchyleń nie stwierdza się. Obustronna przepuklina pachwinowa, odprowadzalna. Narządy płciowe — w rowku pozażołędnym nadżerka powierzchowna, zaczerwieniona, bez nacieczenia. Skóra: na całej powierzchni głowy, kończyn oraz gdzieniegdzie na tułowiu stwierdza się b. liczne ogniska wielkości od grochu do dłoni dziecka. Na twarzy ogniska te są w postaci rozpadających się guzków wielk. od grochu do orzecha laskowego. Natomiast na pozostałych powierzchniach w postaci owrzodzeń, pokrytych nawarstwionymi strupami. Na tułowiu znaczne blizny. Ciepłota ciała podczas pobytu na oddziale stale dochodzi do 38°. Wasserman — silnie dodatni (cztery krzyże). Biernacki — duże przyśpieszenie (10 minut). Morfologia krwi bez zmian patologicznych. Mocz +. We krwi cukier, cholesteryna w granicach normy. Zastosowano narazie leczenie neosalwarsanem. Po dwóch zastrzykach zmiany wykazują wyraźną tendencję do zanikania.

W rozprawie Fejgin zwrócił uwagę na seryjność tu pokazów kiły, w której występowały prawie jednocześnie, albo w krótkim odstępie czasu, objawy pierwszorzędowe i trzecio-

rzędowe. — Na poprzednim posiedzeniu również był demonstrowany przypadek kiły z okresu pierwszego, w którym wystąpiły już i wyraźnie objawy mózgowo-rdzeniowe.

Analogicznie do gruźlicy zachodzi tu najprawdopodobniej zjawisko alergii osobniczej w związku z podłożem biologicznym i słabą obronnością organizmu.

Winkelhaken miał możność spostrzegać analogiczny przypadek, który został potraktowany jako ospa; dopiero późniejsze badania doprowadziły do właściwego rozpoznania. Merenlender motywuje nazwę kiły złośliwej z tego względu, że nie leczona prowadzi wśród ogólnych ciężkich objawów do zejścia śmiertelnego, a natomiast leczona, zwł. sposobami nowoczesnymi, daje rokowanie pomyślne. Podług najnowszych poglądów i, jak to wykazują ostatnie obserwacje— podział ścisły kiły na poszczególne okresy nie daje się utrzymać.

Zachodzi często współistnienie objawów metaluetycznych z kilakami, a nawet wykwitami okresu drugiego. W ostatnich czasach coraz rzadziej M. spostrzega przypadki kiły, podobne do wyżej omawianego. Tłumaczyć to należy udoskonaleniem środków leczniczych, przez co następuje osłabienie zjadliwości krętków. Dziedziczność tu nie wchodzi w grę. W danym przypadku główną rolę odgrywa usposobienie osobnicze i słaba odporność ustroju. Jadasson traktował postać taką, jako kiłę alergiczną. — H. Altkaufer w związku z przypuszczeniem prelegenta, że rokowanie tutaj będzie dobre, podkreśla, że w żadnym przypadku kiły nie można zapewnić pomyślnego zejścia, a tym bardziej gdy chodzi o postać kiły złośliwej. Zresztą sama nazwa „kiła złośliwa", podana w nagłówku, wyłącza przecież pewność dobrego rokowania.

I. Kipmanowa. **Przypadek ostrego zespołu przedsionkowego w przebiegu stwardnienia rozsianego**. (Z oddz. Wł. Sterlinga).

32 l. mężczyzna zachorował 2 tyg. przed przybyciem do szpitala; zaczęło się od silnego bólu w prawym oku i całej prawej $1/2$ twarzy, który przeszedł w uczucie drętwoty w tej okolicy. Następnego dnia ból i drętwota ustąpiły, lecz t^0 wynosiła 38^0. Czuł się źle; miał „łamanie w kościach". Tak trwało 2—3 dni. 4-go dnia choroby nagle nudności, wymioty i zawroty głowy; padał w lewo. Mógł leżeć tylko na lewym boku; wszelka zmiana pozycji wywoływała zaraz zawrót głowy z mdłościami i wymiotami. Po 3 — 4 dniach objawy te zaczęły słabnąć, lecz nasiliły się znów po próbie wstania z łóżka. Tym razem jednak padał w prawo i mógł leżeć tylko na prawym boku. Od początku czkawka, występująca po wymiotach lub jedzeniu. Przez cały czas nie miał zaburzeń

słuchowych, wzrokowych, porażeń, drgawek, bólów głowy, ruchów mimowolnych, halucynacji i t. p. Przed 2 laty w okresie 2-tygodniowym znaczne osłabienie kończyn dolnych (nie mógł chodzić) i przykre w nich parestezje: drętwienie, mrowienie, uczucie „zaspania“ oraz „przechodzenia“ prądu elektrycznego. Zaburzeń ze strony zwieraczy wówczas nie było. Od czasu obecnej choroby zaparcie stolca.

Stan obecny. Leży na prawym boku; wszelkie zmiany tej pozycji wywołują zawroty głowy i nudności. Stan bezgorączkowy. Tętno 68'. W narządach wewnętrznych bez zmian. Oczopląs przy patrzeniu w prawo i kilka drgnięć przy spoglądaniu w lewo. Prawy odruch rogówkowy słabszy. Odruch rogówkowo-podbródkowy i Radovici —; Marinesco + po stronie prawej. Badanie otologiczne (Dr Tencer) nie wykazało zmian w nn. słuchowych ani centralnego zajęcia nn. przedsionkowych. Nieznaczny niedowład prawego nerwu twarzowego o typie ośrodkowym. Smak wyraźnie osłabiony na przedniej $^1/_3$ części języka, zwł. po stronie prawej. Kończ. górna nieznacznie osłabiona. Ruchy i napięcie prawidłowe. Odruchy z mięśnia trójgłowego obustronnie żywe, pr. $>$ l. bez objawu Jacobsohna. Sterling, Rossolimo górny słabe po stronie prawej, po str. lewej — O. Abd l. żywy, pr. brak. — Crem.: l. żywy, pr. słaby. W próbie palec — nos ślad drżenia po str. prawej. Kończyna dolna lewa osłabiona. Objawy Rajmista i Cacciapuottiego + po stronie lewej, natomiast po stronie prawej objawy Oppenheima i Rossolimo dodatnie. Przy wywoływaniu obj. Oppenheima po str. pr. — otrzymywało się podeszwowe zgięcie palców po str. lewej.

W ciągu pobytu chorego w szpitalu dość szybko pewna poprawa: ustąpiły zawroty głowy, nudności i wymioty. Natomiast wszystkie objawy obiektywne utrzymywały się bez zmiany. Powtórne badanie otiatryczne (Dr. Karbowski i Tencer) wykazało: brak zmian ze strony n. ślimakowego, niewspółmierność między objawami przedmiotowymi i podmiotowemi ze str. nn. przedsionkowych i ustaliło zmiany w szlakach przedsionkowo-móżdżkowych.

Nagły początek z gorączką przypominał sprawę zakaźną. Z objawów na plan pierwszy wysunął się zespół przedsionkowy, pseudomenierowski (brak zmian słuchowych). Dokładne badanie neurologiczne ujawniło jednak jeszcze inne zmiany w układzie nerwowym, które przemawiają za sprawą rozsianą.

W diagnostyce różniczkowej należy wyłączyć polyneuritis cerebralis menieriformis Frankl-Hochwarta ze względu na wyraźnie ośrodkowe zajęcie szlaków przedsionkowych oraz ze względu na inne zmiany w układzie nerwowym, jak niedowład pr. kończ. górnej i lewej dolnej,

różnicę w odruchach brzusznych, dodatni objaw Rossolimo i Oppenheima i t. p.. Również można tu wyłączyć nagminne zapalenie mózgowia ze względu na brak danych. Czkawka nie może być w tym przypadku czynnikiem rozpoznawczym, gdyż ma ona znaczenie, tylko jako objaw monosymptomatyczny, nie odgrywa zaś roli tam, gdzie ma się do czynienia z zajęciem jąder innych nerwów czaszkowych, z umiejscowieniem w medulla oblongata.

Najtrudniej tu przeprowadzić diagnostykę różniczkową pomiędzy Encephalomyelitis disseminata Redlicha-Flatau'a a ostrym skokiem w stwardnieniu rozsianym.

W obu chorobach sprawa występuje ostro, z gorączką, w obu zmiany są rozsiane. Jednakże zespół przedsionkowy jest wyjątkowo rzadki w encephalomyelitis disseminata, natomiast jest nader znamienny dla stwardnienia rozsianego. Zmiany w n. przedsionkowym są tu znacznie częstsze niż w słuchowym. Barré i Reys nazywają nawet taki typ — sclerose en plaques vestibulo-pyramidale. Tak — jak ischias, neuralgia n. trigemini, porażenie nerwu twarzowego — może być taki zespół pierwszym zwiastunem choroby i na długi czas poprzedzać jej wybuch. W pokazywanym tu przypadku, w którym rozpoznano stwardnienie rozsiane, zespół przedsionkowy był poprzedzony przez objawy rdzeniowe. Te właśnie objawy (osłabienie kończyn), parestezje, objaw „décharge electrique" przed 2-u laty, dowodzą, że chorobę obecną raczej należy uważać jako drugi nawrót. Nawroty zaś są b. rzadkie w encephalomyelitis diss. (Flatau nie widział ich nigdy), natomiast są znamienne dla scler. multiplex, co jeszcze bardziej potwierdza słuszność takiego tu rozpoznania.

M. Fejgin i H Stuckgold. **Trudności różniczkowo-rozpoznawcze w przyp. uogólnionego powiększenia układu chłonnego**. (Z oddz. M. Fejgina).

Św. A., lat 45, grzebieniarz; zgłosił się 1.III.36 r. z powodu guzów na szyi, pod pachami i w pachwinach, uczucia ściskania w gardle oraz bólów przemijających w lewej $^{1}/_{2}$ klatki piersiowej. Rozpoczęło się to przed rokiem; zrazu bóle u kąta żuchwy prawej, trwały przez dwa dni, po czym spostrzegł tuż guz wielk. małej gruszki, twardy, niebolesny, bez zaczerwienienia skóry nad nim. Po 3 — 4 tyg. po tejże str. kilka nowych guzków wielk. śliwki twardej; poprzedziły je również bóle, w ciągu 2—3 dni. Jednocześnie powiększył się guz poza kątem żuchwy prawej, do wielk. < > pięści.

Po 3 — 4 tyg. bóle po lewej str. szyi; trwały one 2 — 3 dni, po czym znów zauważył kilka nowych guzków wielk. orzecha laskowego, twardych, niebolesnych. Twarz nigdy nie była obrzęknięta. W przebiegu dalszym, w odstępach 3 — 4 tygodniowych, nastąpiło powiększenie się gruczołów pod pachą prawą, a następnie lewą.

W X.35 zauważył „gruczoły“ w pachwinie prawej, a po 2 tygodniach w lewej. Gorączki nie mierzył. Nie miał dreszczów. Pracował. — Skóra nad gruczołami nie była ani zaczerwieniona ani obrzęknięta.

Od 15 lat guzy krwawnicze: od czasu do czasu krew w wypróżnieniu.

Przed 3½ laty róża twarzy. Nie miał wtedy powiększonych gruczołów. Leżał wówczas w szpitalu przez 2 tyg., po czym wypisał się ze szpitala zdrowy.

Chory był z powodu powiększonych gruczołów w szpitalu na Czystem od 13.XI.35 r. do 8.I.36 r. Otrzymał 9 naświet. Rtg., po czym gruczoły się zmniejszyły. Po wypisaniu był osłabiony 2 tyg., lecz stopniowo poprawił się. W czasie 2 mies. pobytu w domu gruczoły znowu się powiększyły, zwł. po prawej str. szyi oraz w pachwinach. Nie było krwawień ani z nosa, ani z dziąseł; nie zapadał na anginy, nie było swędzenia skóry.

Od 10 — 12 lat zęby ulegają próchnicy — wypadają bez bólu.

Żonaty. Ma troje dzieci. Rodzeństwo zdrowe. Rodzice zmarli w starszym wieku.

St. ob. Budowy prawidłowej; odżywienia średniego. Gruczoły we wskazanych wyżej miejscach powiększone, do ziarna < > grochu, fasoli lub śliwki, małej brzoskwini (w pachwinie prawej). Tworzą one skupienia na szyi, zwł. po str. prawej: największe wielk. małego jabłka poza kątem prawej żuchwy. W skupieniach gruczołów wyczuwa się rowki między nimi. Poza tym pojedyncze gruczoły rozsiane, nie zespolone ze skórą. Są twarde, szczególnie większe, nie bolesne na ucisk; skóra nad nimi nie zmieniona.

W gardzieli zaczerwienienie. Migdałek prawy nieco powiększony. Język wilgotny, nieco obłożony. Z uzębienia pozostało 5 zębów spróchniałych.

W płucach przytłumienie i chuchający oddech w szczytach, pojedyncze rzężenia drobnobańkowe w dole prawego płuca.

Serce: Lewa granica stłumienia względnego o 1 palec poprzeczny na zewnątrz od linii środkowo-obojczykowej. Nad koniuszkiem I ton rozdwojony; nad tętnicą płucną szmer skurczowy czynnościowy, II ton zaakcentowany. Tętno 68, miarowe, miernie napięte. — Brzuch bez zmian. Wątroba wystaje spod łuku żebrowego o 3 palce poprzeczne, o brzegu nieco zaokrąglonym, nie bolesna, twardawa. Śledziona o 1½—2 palce poprzeczne niżej łuku żebrowego; niebolesna; górny jej biegun u 7-ej przestrzeni międzyżebrowej w linii pachowej, środkowej. Układ nerwowy: dermografizm wyraźny; odruchy spojówkowe i gardzielowe zniesione.—W moczu urobilina; w kale bez zmian. Mocznik we krwi 0,2 8gr. ‰. Kwas moczowy we krwi 52,8 mgr. ‰. Bilirubina we krwi: próba bezpośrednia ujemna, próba pośrednia — 0,5 j. V. d. Bergha. Objaw Biernackiego: 3.III.—23 godz. 15′, 5.III. 18 godz. 45′. Odczyny Wassermana i odczyny citocholowy ujemne. RR $^{120}/_{75}$. Rtg. (Dr Mesz): powiększenie lewej komory serca; zagęszczenie wnęk, zwł. prawej; niewielkie pakieciki gruczołowe. — Badanie per rectum: u odbytu 4 guzki krwawnicze, zaczerwienione, wzgl. sinawe, twardawe, bolesne. W pobliżu kości ogonowej ubytek w skórze wielk. ziarna prosa; dno tu pokryte ziarniną; a m p u l l a szeroka, na przedniej powierzchni wyczuwa się gruczoł krokowy dwupłatowy (< > jak duża śliwka), twardawy niebolesny.

Frakcjonowane badanie treści żołądkowej.

	Na czczo	I	II	III	IV
Zabarwienie	zielonkawe	niebieskie	niebieskawe	zielonkawe	bezbarwne
Ilość	7 cm³				6 cm³
HCl.	—	4	13	32	12
Acid.	22	20	38	54	38

Na czczo w osadzie stwierdzono drobnowidowo: 1) 4—6—20—100 leukocytów bezbarwnych w polu widzenia; 2) dużo śluzu; 3) komórki nabłonkowe przewodu pokarmowego; 4) bilirubinian wapnia w małych ilościach. Lugol —; Sudan —; Uffelmann —. Próba benzydynowa —.

Badanie morfologiczne krwi.

	4/III.36	6/III	7/III	19/III	19/III	1.IV
				Przed próbą adrenalinową	Na szczycie próby adrenalin.	Po 2 naśw. Rentgen. dn. 27.III i 30.III
Hemoglobina	92,5%	anizocytoza				102%
Liczba c. czerwon.	4740000					5390000
Liczba c. białych	8600			21200	24400	7000
Wskaźnik barwny	1					0,9
Segmentowane	46%	26%	42%	18%	22,5%	42%
Pałeczkowate	1%	3%	2%	1%	1,5%	5%
Limfocyty	27%	21%	12%	36%	33,5%	6%
Nietypowe limfocyty większe. Limfoblasty	70%	70%	56%	34% 78%	25 % 71,5 %	14% 52%
Monocyty limfoidalne	20%	49%	44%	8%	13 %	32%
Eozynochłonne	5%			1%	2,5%	1%
Bazochłonne					0,5%	
Kom. plazmat.		1%		2%	1%	
Myeloblasty	1%					
Promyelocyty					0,5%	

Liczba retikulocytów na 1000 c. czerwonych — 8.
„ płytek w 1 mlm^3 krwi 113190.
Rumpell-Leede dodatni.
Większa część komórek daje odczyn ujemny na oksydazę.
Czas krwawienia z 3 palca lewej ręki $\frac{1}{2}$ min.
„ „ „ 4 „ „ „ $2\frac{1}{2}$ „
„ krzepnienia „ 3 „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „
„ „ „ 4 „ „ „ $\frac{3}{4}$ „

Próba adrenalinowa: zastrzyknięto podskórnie adrenalini hydrochl. 0,001.

	Na czczo	po 10'	po 20'	po 30'	po 45'	po 60'
Liczba leukocytów w 1 mlm^3 krwi	21200	21800	24400	16800	20600	20200

Histologicznie w wyciętym gruczole chłonnym ustalono (Dr Płońskier): budowa zupełnie zatarta, torebka zgrubiała, nacieczona elementami jednojądrzastymi; w miąższu komórki limfoidalne, bez odczynu na oksydazę; komórki są różnej wielkości, przeważnie okrągławe, z ciemnymi jądrami, z jąderkami, gdzieniegdzie figury podziału; podścielisko skąpe, siateczka miejscami rozsunięta, gdzieniegdzie miejscami znacznie przerosła; widać też niewielkie skupienia komórek z oksydazą dodatnią.

Obraz przemawiał więc za sprawą nowotworową (Lymphosarcoma).

Badanie histopatologiczne szpiku z mostka (Dr Płońskier).

Myeloblasty	2,5%	Normoblasty	15%
Promyelocyty	2,5%	Erytroblasty	8,5%
Myelocyty	5 %	Megaloblasty	1 %
Młodoc.	3 %	Megakariocyty	0,5%
Pałeczkow.	8 %		
Segmentowane	7,5%		
Eozynochłonne	5 %		
Limfocyty	36,5%		
Plazmatyczne	1,5%		
Monocyty	3,5%		

Komórki limfoidalne nietypowe, pojedyncze z figurami podziału.

Na oddziale chory uskarżał się na bóle przemijające w lewej ½ klatki piersiowej; nie gorączkował, czuł się dobrze. Gruczoły chłonne w tym czasie powiększyły się.—Po Rtg. szyi gruczoły chłonne znacznie się powiększyły, skóra nad nimi była zaczerwieniona, niektóre były zlekka w ucisku bolesne; trwało tak przez 2 dni, po czym gruczoły znacznie się zmniejszyły.

Chory poza tym czuje się dobrze i nie gorączkuje.

Rozsiane zajęcie gruczołów chłonnych spostrzega się w gruźlicy, kile, ziarnicy złośliwej, białaczce limfatycznej i mięsaku gruczołowym.

Przeciwko gruźlicy gruczołów chłonnych przemawiają: 1) znaczna spoistość ich i konsystencja twarda; 2) brak gorączki w przebiegu; 3) ujemne próby tuberkulinowe; 4) brak przetok; 5) brak wyraźnego zlewania się gruczołu i wreszcie 6) wynik badania histopatologicznego.

Rozsiane powiększenie gruczołów chłonnych na tle kiły rzadko sięga takich rozmiarów jak tu; nie tworzą skupień. Wass. ujemny, wywiady, pozwalają wyłączyć kiłę.

Możnaby było tu myśleć o ziarnicy złośliwej wobec przebiegu rzutami. Lecz obraz krwi, badanie histologiczne gruczołu i szpiku kostnego, oraz brak gorączki, przeczyłyby temu przypuszczeniu.

Natomiast wszystko zdawało się przemawiać za rozpoznaniem białaczki (limfadenozy aleukemicznej): przewaga komórek jednojądrzastych we krwi i szpiku kostnym, z których większość daje odczyn ujemny na oksydazę i przypomina nietypowe limfocyty. Białaczka limfatyczna zwykle atakuje jednocześnie cały układ limfatyczny. (Zdaniem Hirszfelda zdarzają się rzadkie przypadki, w których białaczka limfatyczna rozpoczyna się w jednej okolicy gruczołowej i następnie atakuje pozostałe).

To też wielką niespodzianką był wynik histologicznego badania gruczołu, który przemawiał za nowotworową sprawą, lymphosarcoma; w obrazie klinicznym żadnych cech tej sprawy chorobowej nie można było stwierdzić.

Mięsak gruczołowy rozwija się nagle; zaczynają bujać komórki limfocytarne w jednym lub kilku gruczołach, wzrastają komórki nietypowe; tkanka nowotworowa przebija torebkę gruczołową; dochodzi do zespolenia gruczołów i z tkankami otaczającymi; tkanka ta buja wgłąb mięśni, naczyń i nerwów; powstają duże guzy.—Na drodze limfatycznej możliwe się stają schorzenia innych okolic gruczołowych, lecz rzadko dochodzi do ogólnego zajęcia układu limfatycznego.—Mięsak gruczołowy może dawać przerzuty drogą krwi do śledziony, szpiku kostnego i innych narządów. Sprawa tu szybko postępuje naprzód do zejścia śmiertelnego.

We krwi u chorych na mięsak gruczołowy występuje leukocytoza o charakterze neutrofilowym; dość wcześnie w mięsaku gruczołowym powstaje niedokrewność a następnie gorączka. Wszystkich tych cech, jak widać z poprzedniego, u danego chorego nie było.

Najprawdopodobniej jest tu limfadenoza aleukemiczna o nietypowym bujaniu elementów w gruczołach, jak w złośliwym nowotworze, — a więc jest tu jakby przejście między białaczką a nowotworem.—Przypadek ten potwierdziłby poglądy tych, co wogóle uważają białaczkę przewlekłą za sprawę nowotworową.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 24 kwietnia r. 1936

Przewodniczył D w o r e c k i.

E. H e r m a n i Z. F i n k e l s t e i n. **Przypadek pląsawicy u ciężarnej (chorea gravidarum).** (Z oddz. E. H e r m a n a).

21-letnia; pierwsza ciąża. Ostatnia miesiączka 22.X.1935 r. W $^1/_2$ stycznia 1936 r. b. silne bóle w kończynie górnej, bez $>$ t^0 oraz widomych zmian w kończynie. Po 2 tyg. bóle ustą-

piły; w tym to czasie, a więc w końcu IV miesiąca ciąży, pierwsze ruchy mimowolne, odrazu w mięśniach wszystkich kończyn, tułowia i twarzy.—Budowa infantylna, niewielki wytrzeszcz oczu; Graefe +, bez przyśpieszenia tętna i powiększenia gruczołu tarczowego. Podmuch nad koniuszkiem, II ton nad t. płucną zaakcentowany.—Dno macicy do poziomu pępka. Zespół ruchów mimowolnych w k. k. g. i d., mięśniach twarzy, tułowia; trudne łykanie pokarmów stałych; mowa przerywana. Ruchy pląsawicze.—Rozpoznano pląsawicę ciężarnych.

Patogeneza tego cierpienia nie jest wyjaśniona. Jedni myślą tu o zadziałaniu czynników ciążowo-toksycznych, inni o momentach infekcyjnych. Za tym ostatnim poglądem przemawia częstość występowania w ciąży pląsawicy u tych, które miały ją w dzieciństwie. Z drugiej strony wiadomo, że znikają ruchy mimowolne po przerwaniu ciąży. Wydaje się jednak, że zarówno w pląsawicy Sydenhama, uważanej dziś przez większość badaczy za sprawę infekcyjną, jak i w pląsawicy ciężarnych, dużą rolę odgrywa czynnik ustrojowy. Tu mamy budowę infantylną.—Leczenie pląsawicy ciężarnych: w przyp. cięższych przede wszystkim przerwanie ciąży. Lecz to zabieg, który jest jednak niebezpieczny, powoduje niekiedy wybitne pogorszenie pląsawicy, a i zejście śmiertelne.

Tu, ze względu na łagodną postać hiperkinezy, wskazane było zajęcie stanowiska wyczekującego. Jednocześnie chora otrzymuje surowicę krwi innych ciężarnych oraz zastrzyki 25% magnesium sulfuricum; to zmniejszyło już nieco intensywność ruchów i pozwoliło pokazać chorą w lepszym stanie zdrowia.

H. Goldman i Z. Bernstein. **Przypadek ciężkiej niedokrewności pasożytniczej.** (Z oddz. M. Landsberga).

Dziewczynka, lat 15, zgłosiła się przed 2 miesiącami ze skargą na wybitną bladość skóry, zawroty głowy, szum w uszach, znaczne osłabienie ogólne i zwyżki temp. do 38.5°C. Przedmiotowo—poza wybitną bladością skóry, podmuchem anemicznym nad koniuszkiem serca, przyśpieszeniem tętna (146 min.) i nieznacznym powiększeniem wątroby — niema zmian w narządach wewnętrznych. Śledziona, gruczoły chłonne nie powiększone. Urobilina i urobilinogen w moczu nie zwiększone. Krew: czerw. 820.000. Hb. 15%; J. 0.96, ciałek biał. 4.000, w tym seg. 51.2%, pał. 8.0%, młodych 0.8%, kwasochł.—0, tuczn.—0, limfoc. 40%, monoc.—0; normoblastów brak; retikulocytów 106‰; płytek 255.000. Czas krwawienia i krzepnienia w normie. Odczyn opaskowy ujemny. Bilirubina we krwi w normie. W treści żołądkowej dość znaczna nadkwaśność. W stolcu pojedyncze owalne jaja wielkości 14 mm x 33 mm, zielonkawo-żółte z operculum na jednym końcu, zidentyfikowane jako jaja

przywry kociej (opistorchis felineus). To samo w żółci. W kale ponad to pojedyncze jaja trichocephalus dispar. Badania nie wykazały innego powodu niedokrewności. Wobec małej liczby jaj trichocephalus prawdopodobne jest raczej, że ma się tu do czynienia z niedokrewnością, wywołaną przez przywrę kocią. Leczenie: 3 krotna transfuzja krwi, pernaemon, arsen, żelazo, haemostyl, fiolet gentiany i t. p.. — Poprawa jedynie po transfuzjach, ale coraz mniejsza. Po miesiącu c. czerw. wzrosły do 2.000.000; Hb. do 35%; od tego jednak czasu spadają zwolna wartości do 1.500.000 dla c. czerw. i 30% dla Hb. pomimo intensywnego leczenia. Ostatnia transfuzja pozostała niemal bez wpływu. Regeneracja coraz słabsza — normoblastów brak, retikulocytów bardzo mało: 5 - 6‰.

M. Landsberg, I. Dworecki, H. Szpidbaum, i S. Guzman. **Rola kory nadnerczy w przemianie pośredniej białek.** (Z oddz. M. Landsberga).

Jednym z najwcześniejszych objawów niedomogi korowo-nadnerczowej, zarówno doświadczalnej jak klinicznej, ujawniających się jeszcze przed wystąpieniem objawów klinicznych, jest skok poziomu azotu niebiałkowego i mocznika we krwi. Ta azotemia ustępuje pod wpływem wstrzykiwań czynnych wyciągów kory nadnerczy.

Przystępując do naszych badań, zadaliśmy sobie pytanie, czy, wobec prawdopodobnie hormonalnego charakteru działania wyciągów z kory nadnerczy, wpływ ich nie ujawni się również w przypadkach azocicy pochodzenia nie nadnerczowego, a wogóle w przypadkach, w których występuje wzmożony rozpad białka ustrojowego. Wykazanie wpływu wyciągów z kory nadnerczy na pośrednią przemianę białkową miałoby, rzecz prosta, doniosłe znaczenie zarówno teoretyczne, jak i praktyczne.

Badania nasze były przeprowadzone u 16 chorych z najróżniejszymi cierpieniami; staraliśmy się dobierać przypadki, w których istniało uzasadnione przypuszczenie, że, czy to na skutek niedomogi nerek, czy też w następstwie innych procesów chorobowych, prowadzących do wzmożonego rozpadu białka, stwierdzimy podwyższone poziomy składników azotowych krwi.

Materiał nasz obejmuje 3 przypadki ciężkiego kłębuszkowego zapalenia nerek, 1 przypadek lekkiego zapalenia nerek, 3 przypadki cierpień wątroby (2 nowotwory złośliwe, 1 — żółtaczka), 1 przyp. szpiczaka mnogiego, 1 ziarnicy złośliwej, 1 przyp. lekkiej cukrzycy, 1 przyp. eunuchoidyzmu, 1 przyp. zapalenia płuc płatowego, 1 przyp. dychawicy oskrzelowej, 1 przyp. zapalenia miedniczek nerkowych.

Chcąc jednocześnie pogłębić znajomość działania wyciągów korowonadnerczowych, rozciągnęliśmy nasze badania nietylko na uwzględniane w dotychczasowych pracach składniki takie, jak mocznik i azot niebiałkowy, lecz, jak się wydaje, pierwsi dotychczas, zbadaliśmy również i zachowanie i pozostałych składników azotowych, przede wszystkim polipeptydów, kwasu moczowego, indykanu i związków aromatycznych, wykrywanych próbą ksantoproteinową. Dodatkowo w większości przypadków określano zawartość chlorków w osoczu i w krwinkach. W ten sposób u 16 chorych dokonano 238 określeń wymienionych substancyj. W znacznej większości przypadków krew była pobierana na czczo, po czym w cztery godziny po wstrzyknięciu dożylnym Cortiny Organon (10 ccm.) i w 24 godzin po wstrzyknięciu

Żadnych ubocznych objawów w związku ze wstrzykiwaniami Cortiny nie spostrzegaliśmy, przeważnie raczej poprawę w samopoczuciu chorych.

Spostrzeżenia rozpadają się tu na dwie grupy: — I-a, składająca się z 12 przypadków, w których stwierdziliśmy pod wpływem injekcyj cortiny wysoce charakterystyczne i znaczne zmiany w zachowaniu się poziomu składników azotowych krwi; wyniki te omówimy bliżej — określamy je jako dodatnie. Zaznaczamy odrazu, że we wszystkich tych przypadkach stwierdzaliśmy przed zastosowaniem Cortiny podwyższone wartości składników azotowych; II-a grupa, składająca się z 4 przypadków, w których wartości składników azotowych we krwi wahały się w granicach normy, i gdzie Cortina nie powodowała uchwytnych zmian. W pierwszej grupie znalazły się wzmiankowane poprzednio 3 przypadki ciężkiego kłębuszkowego zapalenia nerek ze znaczną azocicą.

Badania nasze, które bliżej omówione będą w innym miejscu, doprowadziły do następujących wyników:

1. Cortina, podawana dożylnie w ilości 10 cm., była dobrze znoszona przez pacjentów, przebywających na oddziale z powodu najróżnorodniejszych cierpień;

2. Cortina obniża poziom azotu resztkowego we krwi w przypadkach azocicy, nietylko u chorych z niedomogą kory nadnerczy, ale we wszystkich spostrzeganych przez nas przypadkach, w których występowała azocica, czy to pochodzenia retencyjnego, jak w zapaleniu kłębuszkowym nerek, oraz u chorych z azocicą wytwórczą, związaną z nadmiernym rozpadem białka ustrojowego;

3. Najwybitniejsze spadki występowały w zakresie frakcji polipeptydowej, uważanej obecnie przez szkołę francuską za najbardziej toksyczną.

4. Poziom mocznika we krwi wykazywał pod wpływem wstrzykiwań Cortiny raczej tendencję do podnoszenia się — jako prawdopodobny wyraz poprawy mocznikotwórczej czynności wątroby; zjawisko to stoi zapewne w związku ze zwiększeniem się zasobów glikogenu w wątrobie i mięśniach.

5. Zawartość indykanu i wynik próby ksantoproteinowej nie wykazały jednolitych i zgodnych wyników pod wpływem wstrzyknięć Cortiny.

6. Podawanie Cortiny jest uzasadnione we wszystkich stanach, w których dochodzi do wzmożenia poziomu azotu resztkowego i polipeptydów (zapalenie nerek, poważne urazy, oparzenia, większe zabiegi operacyjne, naświetlania promieniami Rentgena).

B. Karbowski. **Kilak zropiały w okolicy szpary klinowej, powikłany ropnym schorzeniem narządu słuchu.**

U 20 kilkuletniej chorej przed 6-iu tyg. wystąpiły silne bóle głowy u szczęki górnej i części nadoczodołowej. Po dwu tygodniach bólów spostrzegła, że prawa $^1/_2$ twarzy znieczulona i że jej trudno unieść prawą górną powiekę. Po kilku dniach już i znaczne osłabienie siły wzroku i porażenie mięśni gałek ocznych. Na oddziale ocznym stwierdzono dodatniego Wassermana. Leczenie przeciwkiłowe; bez poprawy. Doszło do zupełnej amaurozy prawego oka; przyłączyły się bóle w okolicy ucha z ropotokiem.—Na oddziale oto - laryngologicznym obfity ropotok z ucha, bolesny wyrostek. znaczne osłabienie słuchu; t^0 38. Porażenie I i II gałązek n. trójdzielnego, porażenie wszystkich mięśni prawej gałki ocznej i zupełna ślepota. Powtórne leczenie przeciwkiłowe (kol. Merenlender) nie dało poprawy. Chorą zakwalifikowano do zabiegu chirurgicznego. Wydłutowano wyrostek; stwierdzono rozległe zmiany zapalno-ropne; przekraczały granice wyrostka i prowadziły w kierunku łuski kości skroniowej. Wobec rozległych zmian zapalnych na oponie twardej, cięcie skórne przedłużono do zewnętrznego brzegu oczodołu; po oddzieleniu mięśnia skroniowego usunięto przednią część łuski skroniowej i przylegającą część skrzydła dużego kości klinowej. Tu duże, cuchnące ognisko ropne, opróżniono je. Sączki w kierunku szpary klinowej; wytamponowanie rany gazą jodoformową; szwy sytuacyjne. Po zabiegu szybka poprawa: bóle ustąpiły, ruchy gałek wróciły, prócz odwodzenia gałki; wzrok odzyskała, lecz znacznie osłabiony; zaburzenia czucia w obrębie I i II gałązek n. trig. nieznacznie ustąpiły. — Był tu rzadki zespół objawów, znany w piśmiennictwie, jako zespół szpary klinowej. O ile K. wiadomo, nie

było dotąd jeszcze stosowane w zespole szpary klinowej postępowanie chirurgiczne takie, jak wyżej podane.

W rozprawie H e r m a n potwierdził doskonały wynik zabiegu. Co się tyczy rozpoznania, to należało jednak tu myśleć i o promienicy. R o t s t a d t wątpi, czy słuszne było tu rozpoznanie kilaka; rzecz dziwna, że pod wpływem tak energicznego leczenia swoistego, a zwł. jodem, nie ustąpił, lecz — przeciwnie — zropiał. Rozpoznanie tu kilaka, pojedynczego i o tak rzadkim umiejscowieniu, tym bardziej budzi wątpliwości. L u b e l s k i przypomina przyp. promienicy czaszki, który długi czas nie był właściwie rozpoznany; są przypadki tego ukryte, w których trudno wykryć ognisko pierwotne.

P ł o ń s k i e r. **Pokaz anatomopatologiczny wady rozwojowej narządów rodnych**.

1) Na sekcji kobiety 28-letniej stwierdzono macicę dwurożną — oraz torbiel (o ścianach, zawierających mięśnie gładkie) w szyi macicy.

W rozprawie M. R o z e n t a l podkreślił, że tu wada rozwojowa należy do wad wysokiego stopnia, rzadko spostrzeganych. — Ageneza lewej nerki, brak moczowodu i podwójna macica świadczą o daleko posuniętym zaburzeniu rozwojowym z okresu życia zarodkowego jednocześnie w obrębie pranercza, z którego w następstwie tworzy się ciało oraz przewód Wolffa, t. j. nerka i moczowód, zarówno jak i w obrębie przewodów Müllera, z których powstają jajowód, macica i pochwa. Tu jest t. zw. macica podwójna, w której oba trzony są jakby od siebie niezależne, oraz mają dwie nie stykające się jamy maciczne i szyjki. Guz, wychodzący z nadpochwowej części szyjki po str. prawej, mógł się wytworzyć jedynie jako krwiak macicy (haematometra) wskutek niemożności odpływu krwi miesiączkowej z prawej $1/2$ macicy, co z biegiem czasu doprowadziło do powstania jamy, tak rozszerzonej i wypełnionej treścią krwistą. Bóle, odczuwane przez chore stale w podobnych przypadkach, zmuszają często do zabiegu i usunięcia macicy.

K a r b o w s k i i J a b ł o ń s k i. **Tętniak rzekomy tętnicy szyjnej zewnętrznej.**

U 62-letniego z powodu krwotoków nosa, na tle miażdżycy i nadciśnienia tętniczego, zagrażających życiu, podwiązano tętnicę szyjną zewnętrzną. Po kilku tygodniach spostrzegł wygórowanie w miejscu zabiegu. W ciągu miesiąca powstał tu kulisty twór, tętniący synchronicznie z akcją serca. Bóle narastające, silne. Pojawiło się sinawo-żółte zabarwienie skóry

na tętniaku. Wobec grożącego pęknięcia jego—operacja. Podwiązano tętnicę szyjną wspólną, tuż nad obojczykiem. Skórę nad tętniakiem nacięto. Usunięto skrzepy krwi, po czym nastąpił krwotok; opanowano go przez wypełnienie całej jamy serwetką gazową, krwawiła bowiem cała powierzchnia, a nie udało się odnaleźć większych naczyń. Skórę zeszyto nad tamponem. Po 6 dniach tampon usunięto. Jama była pokryta dobrze wyglądającą ziarniną W ciągu 2 tyg. rana się zagoiła, pozostawiając mało szpecącą bliznę. — Przyczyny tworzenia się tętniaka rzekomego należy szukać tu w nadciśnieniu tętniczym i w zmianach miażdżycowych naczynia. W normalnych warunkach miażdżenie ścian naczyń nie prowadzi do tworzenia się tętniaka, lecz uszkodzenie uprzednie ściany naczynia (nprz. w doświad. na zwierzętach) rozczynem lapisu powoduje po miażdżeniu danego miejsca z kolei powstanie tętniaków.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 8 maja r. 1936.

Przewodniczył F e j g i n.

P ł o ń s k i e r i S t ü c k g o l d. **Przyp. szpiczaka mnogiego.** (Z oddz. F e j g i n a; patrz numer jubileuszowy Kwart. Klin. r. 1936, zesz. I — II).

W rozprawie brali udział: J a n o w s k i, F e j g i n, P ł o ń s k i e r.

S t e r l i n g, G l a s s i W o l f f. **Przyp. myelosis tuberculotoxica benigna**. (Patrz artyk. oryginalny „Medycyna" r. 1936, nr. 20).

E. H e r m a n i B. K a r b o w s k i. **Ognisko krwotoczne w płacie skroniowym lewym, niewiadomego pochodzenia, u 16-letniej dziewczynki**. (Z oddz. E. H e r m a n a).

Przed 2 laty sprawa ropna w uchu prawym. Zapisana 6 IV.36. — 5.IV.36 przy nachyleniu się nagle silny ból w skroni lewej; zwymiotowała, straciła przytomność

S t. o b. (6.IV.36): Zamroczenie; słaby niedowład dolnej gałązki praw. n. VII, osłabienie prawego odr. brzusznego, wzmożenie odruchów ścięgn. kk. dolnych, nieznaczne objawy oponowe. Płyn mózg.-rdzeniowy: wodojasny; ciśnienie duże, białka 1,2‰, Nonne - Apelt +; 1 neutrofil i 1 limfoc. w 1 mm^3. W a s s. w płynie i krwi ujemny; tu leukocytosa (13.300) z neutrofilozą (80%). Po nakłuciu nazajutrz przytomna, lecz niedowład ośrodkowy VII n. znaczniejszy, niemota typu amnestycznego.

10 IV.36 operacja — trepanacja: 2 większe otwory w obrębie lewej kości skroniowej; z nakłucia subduralnego nic nie otrzymano, natomiast zgłębi przez jeden otwór otrzymano krew, przez drugi masę krwistą z domieszką miazgi mózgowej. Nazajutrz poprawa: bóle, niemota czuciowa ustąpiły całkowicie; leukocytoza 7.400.

26.V.36 wypisana zdrowa.

W przyp. omawianym można było zrazu myśleć o ropniu lub o ognisku zapalnym, lecz przeczył temu nagły piorunujący początek.

W rozprawie Higier i Bregman sądzą również, że był tu wylew krwawy. Płońskier mówi, że u dzieci w mózgu spostrzega się nierzadko sploty żylne, stąd łatwe w pewnych warunkach krwotoki. Fejgin zaleca badanie poziomu bilirubiny we krwi w tych sprawach krwotocznych; wzmożona bilirubinemia przemawiałaby, w zestawieniu z ropniem mózgu, za wylewem.

Kohan i Stückgold. **Zespolenie przednio-pozapoprzeczne w przypadku dwudzielnego żołądka po oparzeniu kwasem solnym.**

K. M., lat 48, przed 8 tygodniami truła się kwasem solnym. Od 3 tyg. wszelkie pokarmy zwraca po 1/2 godziny — choć je łyka. Ostatnio b. schudła. Od 3 dni i płynne pokarmy natychmiast zwraca. Zaparcia. Mocz oddaje dobrze.

St. ob.: T° normalna; tętno — 76, miarowe. — Brzuch miernie wypuklony, miękki, z ugniatania w dołku bóle. W moczu 40 - 60 białych ciałek w p. w., pojedyncze krwinki.

Na czczo duże zaleganie pokarmowe w żołądku. — 30.III.36 operacja (Kohan). Stwierdzono pojedyncze powrózkowate zrosty żołądka ze ścienną otrzewną i sąsiednimi narządami. Po odłączeniu zrostów stwierdzono żołądek normalnej wielkości, mało ruchomy. U oddźwiernika (drożnego) okrężne bliznowate zwężenie; stąd dwudzielny żołądek. Odchylono sieć ku górze, zrobiono otwór w mesocolon. Okazało się, że żołądek jest przyrośnięty tylną ścianą na całej przestrzeni do tylnej ściany jamy brzusznej. Zespolenia żołądkowo - dwunastniczego zaniechano, jako niepewnego, za blisko miejsca oparzenia. Próbując założenia zespolenia tylnego, pozaokrężniczego, ustalono całkowite zarośnięcie worka sieciowego małego od strony prawej. Próba zespolenia przedniego również spełzła na niczym. Zrobiono więc otwór z lew. str. w krezce poprzecznicy, a następnie otwór w więzadle żołądkowo-poprzeczniczym i tu zespolono długą pętlę jelita cienkiego z dużą krzywizną żołądka, zakładając jeszcze dodatkowo zespolenie Brauna między odpro-

wadzającą i doprowadzającą pętlami jelita cienkiego. Ranę zaszyto. Przebieg bez powikłań. Po 2 tyg. pobytu w szpitalu wypisana wyleczona.

W rozprawie brał udział Lubelski.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 29 maja 1936 r.

Przewodniczył Herman.

I. Dworecki i J. Zamenhof. **2 przyp. ropni pochodzenia pneumokokowego.**

Dworecki podaje, że u 2 chorych 1-go oddz chirurgicznego badał ropne punktaty z okolicy pośladka. Stwierdzono wydłużone dwoinki gram—dodatnie w otoczkach; w posiewach okazały się w 1-ym i 2-gim przypadku — czystym szczepem pneumokoków pierwszego typu serologicznego. Brak zmian w skórze okolicy dotkniętej zapaleniem oraz cech zajęcia stawu lub kości — pozwala przypuszczać, że były tu krwiopochodne, przerzutowe ropnie pneumokokowe, ograniczone do miękkich części pośladka. Przypuszczenie to tym bardziej wydawało się prawdopodobne, że chorzy przed zjawieniem się ropni przebyli pneumoniam migrant.. Bliższe wywiady jednak rzucają odmienne światło na patogenezę wspomnianych ropni. Okazało się bowiem, że chorzy podczas zapalenia płuc leczeni byli — jak to się zresztą często czyni — domięśniowymi zastrzykami krwi własnej. Rzecz prawdopodobna, że ropnie powstały tu na skutek wstrzyknięcia do pośladka—wraz z krwią— dwoinek zapalenia płuc, a temu często towarzyszy bakteriemia pneumokokowa. — Przypadki zasługują na uwagę, jako przyczynek do autohemoterapii ostrych schorzeń, przebiegających z krążeniem zarazków w krwiobiegu. W obrazie klinicznym zasługiwała na uwagę prawie zupełna niebolesność, która czyniła ropnie podobnymi do zimnych, opadowych.

W rozprawie Wertheim dochodzi do wniosku, że w myśl przesłanek prelegentów należałoby w przypadkach zapalenia płuc, zwł. pooperacyjnego, badać krew na pneumokoki, gdyż, jak się okazuje, w autohemoterapii mogą zajść b. niepożądane zakażenia miejscowe.

Szour podaje własny przypadek zakażenia połogowego; tam, w okresie leczenia chorej lege artis krwią jej własną, wytworzył się ciężki ropień w miejscu zastrzyku.

E. Herman i M. Płońskier. **Zator tętnicy głównej brzusznej.** (Z oddz. E. Hermana).

L. M., l. 59, przywieziony z prowincji przez lekarza 10.II.36.—3 lata choruje na serce; podczas chodzenia silne bóle sercowe; ostatnio ponawiały się tylko zimą; najsilniejsze w mostku, tępe, przeszywające promieniujące do łopatki, nieraz i kończyny g. lewej; niekiedy tu też drętwienie.

1.II r.b. po silnym przejściu psychicznym i wysiłku fizycznym napad bólów w sercu; 3.II.36 ponownie. 6.II.36 napad trzeci; od tego czasu pozostawał w łóżku.

9.II.36 o g. 16-ej — wśród wzgl. dobrego samopoczucia, zrazu niepokojące odrętwienie w mosznie i prąciu, po czym w k. k. dolnych, wraz z b. silnymi rwącymi bólami jednocześnie, bezwład ich zupełny. Z kolei zesinienie prącia, moszny, ud; stopy i podudzia stały się białe. Mocz oddał z trudem po kilkugodzinnych gorących okładach.

St. ob.: wzrostu średniego, budowy piknicznej, szyja krótka, otyły. Uderza wybitnie ostra granica obszarów skóry, pokrytej zimnym lepkim potem; od góry do II przestrzeni międzyżebrowej spocenie największe; od II — V przestrzeni mniej wilgotny, najmniej niżej — do D8, a jeszcze niżej skóra już zupełnie sucha. Pasy te rozmaitego stopnia napotnienia skóry, dość ostre, wskazują metameryczny ich charakter. Skóra: twarzy, klatki piersiowej, k. k. górnych — wilgotna, zimna, na brzuchu ciepła, na kk. dolnych coraz zimniejsza, na podudziach i stopach lodowata. Barwa skóry na kk. dolnych, prąciu i mosznie czarnosina, na udach fioletowosina; okolica rzepek, kości goleniowych, dolnych odcinków podudzi i grzbietowych powierzchni stóp—woskowożółta. Tętnice udowe, grzbietowe stóp, goleniowe tylne—nie tętnią. Tony serca głuche, tętno 100. Ciśnienie krwi 115/95. Brzuch wzdęty, powłoki napięte. Czucie powierzchowne zniesione na kk. dolnych, a głębokie w palcach u stóp; napięcie w kk. d. > ad maximum, stąd ruchy bierne — o. AbdR., PR i AR — o; podeszwowe — o.

11.II.36 mors. — Sekcja: arteriosclerosis gravis praecipue peripherica et art. coronarium cordis. Infarctus multiplices myocardii. Aneurysma ventriculi sin. cordis; embolia recens aortae abdominalis et art. inguinalis sin. Infarctus parvus renis sin.. Emphysema pulmonum. Adhaesiones pleurarum et intestinorum. Adipositas.

Rdzeń bez zmian mikroskopowych. — Klinicznie rozpoznano nagłe zaczopowanie tętnicy brzusznej z jego następstwami. Objawowo był tu jakby eksperyment Stensona. Brak zmian drobnowidowych w rdzeniu dowodzi tu naczyniowego (obwodowego) pochodzenia porażeń kończyn.

S. Lewinson. **Pokaz przypadku całkowitego rozszczepienia prącia na tylnej powierzchni (wierzchniactwo trzeciego stopnia) po wstępnym zabiegu wytworzenia części cewki moczowej w okolicy żołędzi**. (Z oddz. D. Kohana).

D. Kohan i S. Lewinson. **Przypadek raka dna pęcherza, usuniętego operacyjnie.** (Z oddz. D. Kohana).

Chora lat 55. Obfity krwiomocz od kilku dni. Już kilka miesięcy skrzepy krwi w moczu; dobrze się jednak czuła. Od kilku dni częstsze parcia (w nocy oddaje mocz 3—4 razy). Łaknienie, samopoczucie wzgl. dobre.

St. ob.: granice serca nieco szersze (opukowo), tony głuchawe; tętno miarowe — 74 min.

Pojemność pęcherza moczowego do 250 ccm; płyn wraca zabarwiony krwią.—Ujścia moczowodów bez zmian; przekrwienie błony śluzowej na dnie pęcherza; na szczycie guz nierówny (wielkości śliwki), krwawiący, o wyglądzie raka. Uzupełniające zdjęcia kontrastowe potwierdziły, że guz jest ograniczony, nie zajmuje większej przestrzeni.

Zdecydowano usunięcie go. Znieczulenie lędźwiowe. Cięcie nad spojeniem: dotarto pozaotrzewnowo do dna i tylnej ściany pęcherza moczowego. W zabiegu stwierdzono, że guz leży w przejściu szczytu pęcherza w tylną ścianę, to też odłączono otrzewnę na większej przestrzeni. Guz wraz z częścią ściany pęcherza moczowego usunięto. Ranę częściowo zamknięto; pozostawiono dren Mariona w pęcherzu oraz sączki muślinowe na łożysku. Przebieg bez powikłań. Pęcherz zamknął się w ciągu 24 dni. Obecnie oddaje mocz samoistnie. Pojemność pęcherza do 150—170 ccm.[3]

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 5 czerwca r. 1936.

Przewodniczył Jochweds.

H. Szpidbaum i S. Guzman. **Gigantosomia eunuchoidea.** (Z oddz. M. Landsberga).

A. Sz., lat 55, przybył z powodu uporczywego kaszlu i odpluwania znacznych ilości szaro-zielonkawej plwociny. Trwało tak 3 lata.—Przed 15 laty jakoby krwioplucie po wysiłku fizycznym. Żali się ponadto na bóle ud i dłoni. W narządach wewnętrznych: rozedma płuc, przewlekłe zapalenie oskrzeli oraz miażdżyca tętnicy głównej. — W badaniu zwraca uwagę poza tym szereg ogólnych zmian morfologicznych i rozwojowych; nasunęły one tu przypuszczenie zaburzeń dokrewnych.

Zmiany somatyczne. Budowa ciała: Wzrost — 1720 mm; siąg — 1865; długość k.k. dolnych (mierzone do symphysionu) — 997 mm; wysokość suprasternal — 1455 mm; wysokość acromionu — 1436; wysokość dactilionu — 600; szerokość barku — 362; szerokość bioder — 304; długość dłoni — 195; długość dłoni — 78; wskaźnik dłoni — 49.84; długość głowy — 194; szerokość jej — 155; szerokość twarzy — 140; długość jej — 123; wskaźnik głowy — 79.89.

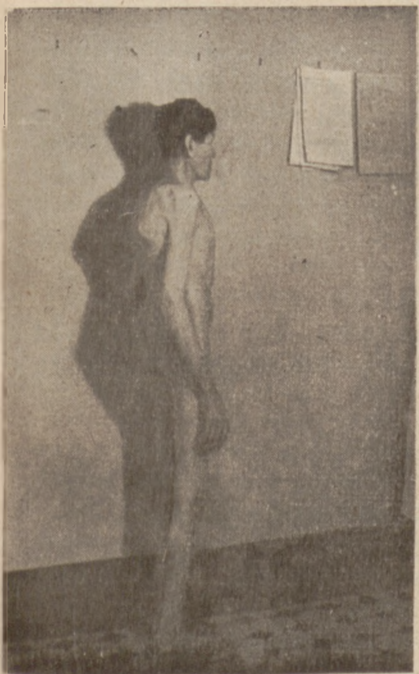
Z powyższego wynika, że ma się tu do czynienia z osobnikiem o wzroście wysokim, (szczeg. jeśli uwzględni się skrzywienie znaczne kręgosłupa — kyphoscoliosis), którego siąg jest większy od wzrostu, a k.k. dolne znacznie przekraczają $\frac{1}{2}$ wzrostu. Budowa eunuchoidalna. Odżywienie złe. Waga 56 kg.. Śluzówki blade Mięśnie wiotkie. Gruczoły pachwinowe nie macalne. Tarczyca, wątroba, śledziona nie macalne Prącie ukryte w 2 fałdach skórnych, wielkości 2 i pół ctm.; moszna bardzo mała bez typowej pigmentacji; w mosznie jąder niema. Drżenie zamiarowe. Odruchy ścięgnowe żywe. Jedynie nad spojeniem łonowym ślady uwłosieniu. Włos na głowie obfity, gruby, szpakowaty. — Twarz w głębokich bruzdach, zwł. w okolicy ust. Skóra grzbietów dłoni ścieńczała, nikła, bibułkowata, daje się łatwo ująć w fałdy, które nie opadają; barwa skóry blado sina; żyły przeświecają; na kończynach górnych odbarwienia o zygzakowatych zarysach, typu v i t i l i g o. Onychogryphosis. Mniejszy zanik skóry na udach i krzyżu, na twarzy jedynie u powiek dolnych. Twarz starcza. — Presbyopia; dno +.— Wszystkie kości ręki i stopy wydłużone, o budowie prawidłowej. C z a s z k a duża, niekształtna, o kościach sklepienia cienkich, wygładzonych i dużym siodełku; jamy oboczne nosa + (Dr M e s z). — B a d a n i a c h e m i c z n e: Niskie wzniesienie glikemii po obarczeniu glukozą wskazują znaczną tolerancję na węglowodany. Badania krzywej cukru we krwi po inj. dożylnej 12 jednost. insuliny musiano przerwać, gdyż wystąpiło b. silne osłabienie, drżenie, poty i stan ku zapaści. Groźne objawy ustąpiły po herbacie słodzonej; osłabienie trwało jednak całą dobę. — Ilość cholesteryny — 240 mg % Ilość chlorków: w osoczu 520 mg % NaCl., w krwinkach 315 mg % NaCl.

Innych badań (prób czynnościowych, przemiany białkowej itd) w tym miejscu nie podajemy -- ogłosimy je obszerniej w jednym z czasopism.

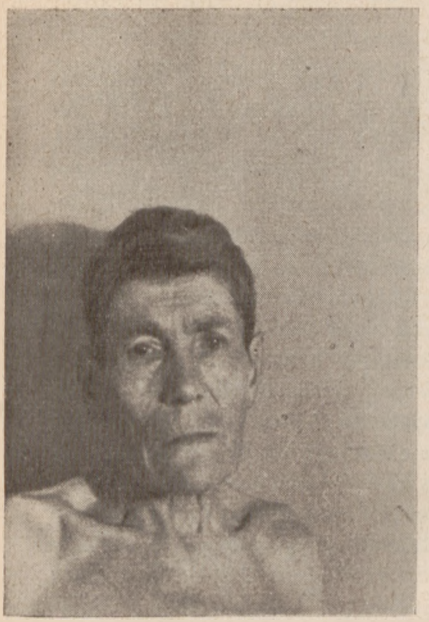
Referenci uważają pacjenta za w y s o k o r o s ł e g o e u n u c h o i d a. Stan ten wytworzył się wskutek zaniku gruczołów płciowych (i ich czynności wewnątrzwydzielniczej); w ciągu życia płodowego i osobniczego nie nastąpiło ich zstąpienie do moszny (cryptorchismus — wnętrostwo). Tu brak hormonu

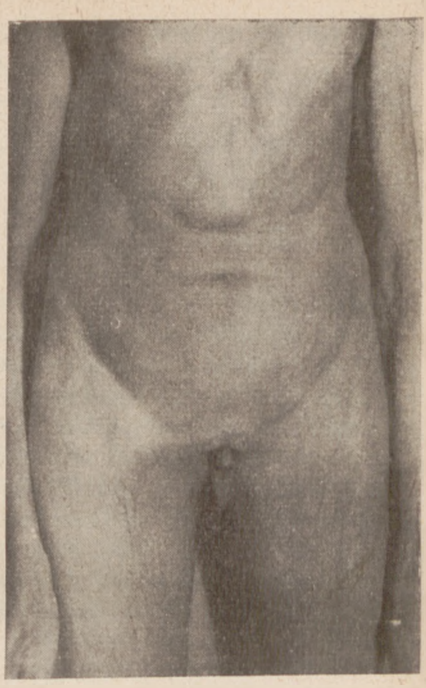
płciowego spowodował nadmierne wydłużenie kości kończyn dolnych i górnych — stąd i wysokorosłość i nieprawidłowe proporcje.

Duża tolerancja węglowodanów u kastratów i eunuchoidów była znana. Rzecz nowa tu — to wykązanie nadmiernej wrażliwości na insulinę w dawce, którą ludzie normalnie znoszą bez widomych objawów (6 injekcyj à 500 mg) niepożądanych. — Pacjenta leczono dużymi dawkami testosteronu (hormon męski — uzyskany z jąder). Stan wybitnie się poprawił; przybyło > 3 kg. — Rzecz ciekawa, że gdy zbadano ponownie krzywą cukru po wstrzyknięciu dożylnym 12 jednostek insuliny, to okazało się, że pacjent zniósł ten zabieg bez jakichkolwiek przykrych objawów; poziom cukru we krwi spadł po 2 godz. z 87 mg % na czczo do 63 mg % po 7 godzinach. Uprawnia to do przypuszczenia, że tu wstrzykiwania hormonu męskiego zmniejszyły insulinowrażliwość. Być może, że znana nadmierna wrażliwość na insulinę w wieku dziecięcym jest w związku ze słabą czynnością hormonalną gruczołów płciowych w tym wieku.









W rozprawie Fejgin porusza zagadnienie zmiennej wrażliwości na insulinę u chorych i zdrowych. Higier podkreśla wrażliwość tę u eunuchoidów. Herman zastanawia się nad dobrym rozwojem psychicznym tych chorych Landsberg podkreśla zwiększoną tu tolerancję insulinową po inj. testosteronu (preparat to syntetyczny — nie jest wydobywany z moczu młodych mężczyzn). Mościskierówna omawia warunki tworzenia się głosu eunuchoidalnego; nie zawsze i nie koniecznie wiąże się to tylko z niedorozwojem narządu rozrodczego.

Karbowski i Flaumenbaum. **Z kazuistyki nowotworów złośliwych w otorhinologii**. (Z oddz. B. Karbowskiego).

M. K., lat 55, skierowany 20.VI.36 r. z powodu guza w prawym przewodzie nosa. Dwukrotnie usuwano tu już masy nowotworowe, które jednak znów narastały.

St. ob: po usunięciu obfitej wydzieliny ropnej, odsłonięto guz barwy szarawo brunatnawej, w rozpadzie. Od strony nosogardzielowej guz nie widoczny. Gruczoły chłonne szyi, podszczękowe nie macalne. Rentg.: — zaciemnienie prawostr. jamy nosa oraz zatoki szczękowej. — Guz okazał się rakiem

płaskokomórkowym. — Operacja dwuczasowa. Podwiązano tętnicę szyjną zewnętrzną. W zabiegu stwierdzono powiększone gruczoły (klinicznie niewyczuwalne); usunięto je w całości.

Po 2 tyg. cięciem wdł. Moure'a usunięto guz; przerastał on przednią ścianę zatoki szczękowej i miękkie tkanki policzka, a u góry kość sitową; odsłonięto też zatokę czołową i klinową, które nie były zmienione. Od tkanek policzka guz odłączono diatermo-koagulacją. W czasie zabiegu udało się wyłączyć w stanie nietkniętym woreczek łzowy wraz z kanałem nosołzowym. Sączki; ranę zaszyto. Rychłozrost. — Wskazane uzupełniające leczenie prom. Rtg. —.

Pinczewski, Wolff i Stein. **Pokaz pięciu przypadków zapalenia opon mózgowych o niezwykłym przebiegu.** (Z oddz. Wł. Sterlinga).

Referenci przedstawiają 5 przypadków zapalenia opon mózgowych (2 — meningoencephalitis meningococcica, meningitis cerebrospinalis epidemica, meningitis post parotitidem epid., leptomeningitis haemorrhagica z porażeniem prawostronnym) i podkreślają nietypowość przebiegu klinicznego w każdym z przedstawionych przypadków.

W rozprawie Dworecki zaznaczył, że uzależnianie wniosków klinicznych od badań bakteriologicznych jest zwodnicze. Cechy laboratoryjne szczepów nie mogą być podstawą sądu o rokowaniu; schorzenia o paciorkowcach hemolizujących istotnie przebiegają złośliwiej. Higier przypomina, że są zbliżone postaci schorzenia opon odtwarzające jakby zapalenie gruźlicze, lecz o przebiegu łagodnym. Zapalenie opon po przyusznicy ma przebieg pomyślny. Bregman podkreśla również, że są zapalenia opon mózgowych na tle gruźlicy, lecz jednak nie gruźlicze i o rokowaniu pomyślnym.

Herman zaznacza specjalnie, że te łagodne zapalenia opon ulegają wyleczeniu samoistnie i bez nakłuć lędźwiowych.

Rotstadt wskazuje, że w pracy swej „O cytologii płynu mózgowo-rdzeniowego" (1916 r.), już omawia niektóre ze spraw tu poruszonych. Zdarzają się poronne postaci meningitis cerebrospinalis epidemica; trwają dobę, dwie, nieco dłużej, a i wszelkie objawy kliniczne, oraz zmiany w płynie, szybko same zanikają.

Fejgin przypuszcza, że w pierwszym z pokazanych przypadków wylew podpajęczynówkowy mógł powstać na tle przewlekłego schorzenia nerek z nadciśnieniem.

Krakowski sądzi, że nie należy nigdy polegać jedynie na odczynach i na obrazie morfologicznym płynu mózg.-rdz..

Karbowski sądzi, że w przypadku pierwszym nale-

żałoby może wykonać operację, gdyż zachodzi tu przypuszczenie wylewu podpajęczynówkowego.

Wolff raz jeszcze podnosi wagę należytego, oględnego rozpoznawania i leczenia w takich, jak przedstawione tu rzadkie przypadki zapalenia opon.

Merenlender i Ginsburgowa. **Współistnienie kiły trzeciorzędowej skóry (wzgl. gardzieli i okostnej) z kiłą układu nerwowego ośrodkowego.**

Referenci przedstawiają 2 nowe przypadki takiego współistnienia, prawie zupełnie zbliżone do pokazanych przed kilku miesiącami.

I) Chora, lat 74, przybyła 14.IV.36; o zakażeniu wenerycznym nic nie wie. 4 miesiące temu zauważyła rany dość bolesne na podudziu prawym. Leczyła się okładami i maściami. Na oddziale stwierdzono ulcera cruris; odczyn Wass. we krwi— wybitnie dodatni.

Miażdżyca tętnicy głównej z nieznacznym rozszerzeniem łuku. Zwyrodnienie mięśnia sercowego włókniste na tle utajonej miażdżycy naczyń wieńcowych i nieznaczne rozszerzenie komory lewej.—Rtg.: łuk tętnicy głównej równomiernie rozszerzony, nasycony. Aorta descendens—rozszerzona. Neurologicznie— tabes dorsalis, wzgl. lues cerebrospinalis. — Rhinitis atrophica chron. simplex (non luetica). Neuritis degenerativa n. acustici.

Poza tym ustalono tu owrzodzenia goleni, których tła początkowo z całą stanowczością określić nie można było; po dodatnim wyniku badania krwi na odczyn Wass. przeprowadzono leczenie przeciwkiłowe. Już po 2 tyg. wyraźne objawy gojenia się owrzodzeń. Obecnie już zabliźnienie większej części ognisk chorobowych. — Były tu więc owrzodzenia kilakowe skóry u osobnika chorego na kiłę mózgowo-rdzeniową, wzgl. wiąd rdzenia. —

II) Lat 45; zgłosiła się 6.V.36. O zakażeniu wenerycznym nic nie wie. 3 miesiące temu poczuła ból gardła, miała też podniesioną t⁰. Płukała gardło; pędzlowano je. Gorączka ustąpiła, ale bóle pozostały.

St. ob: Odżywienie dobre, gruczoły chłonne podszczękowe wielkości orzecha laskowego, pachwinowe — jak fasoli, twarde, niebolesne, przesuwalne. Głuche tony serca, lekkie przesunięcie serca w lewo. Neurologicznie — tabes dorsalis (Dr Herman). Poza tym ustalono tu owrzodzenia kilakowe na migdale prawym i języczku oraz prawdopodobne periostitis gummosa lewego podudzia (Dr Wertheim). Odczyn Wass. we krwi (+ 4).

Tu więc u chorej na wiąd rdzenia stwierdza się współistnienie owrzodzeń kilakowych w gardzieli oraz zmian kilakowych okostnej podudzia.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 19 czerwca r. 1936.

Przewodniczył Karbowski.

Płońskier. **Pokazy anatomopatologiczne**.

a) **Wgłobienie jelita cienkiego.**

U 67-letniego przypuszczano raka jelit z przerzutami do płuc. Na sekcji: — przewlekłe, zastarzałe wgłobienie jelita krętego do kątnicy i części wstępującej. W prawym płucu guz wielkości orzecha włoskiego (chrzęstniak).

b) **Rak miednicy.**

U 64-letniej stwierdzono nowotwór lewego talerza biodrowego, w części pośladkowej i przymaciczu lewym; bliznowate zmiany w szyjce. Histologicznie—budowa raka solidnego bez wyraźnego punktu wyjścia. P. zastanawia się, czy miejscem wyjścia nie była tu szyjka macicy, w której proces nowotworowy jakby uległ już zanikowi.

E. Herman i L. Finkelstein. **Napadowy przemijający kurcz połowiczy twarzy — jako wyraz chromania mózgowego u osobnika z chromaniem przestankowym kończyn**. (Z odd. E. Hermana).

51-letnia; przed 20 laty zapalenie nerek. W młodości wrażliwość na zimno, odmrożenia k. k. d.. — Chora $1^1/_2$ roku: napady — usta zostają przeciągnięte w prawo, pozostaje przytomna, lecz nie w stanie przemówić; to ostatnie uzależnia od silnego szczękościsku i od skurczu mięśni języka.

St. ob.: Ciśnienie $^{130}/_{80}$. Dno oczu +. Lekki niedowład lewej dolnej gałązki nerwu VII. Odruchy brzuszne słabe; kolan. i Achill. obustronnie >>, lewe żywsze. Podeszw.—o. Bóle łydek. Brak tętnienia w obu art. dors. ped., a zachowane w piszczelowych tylnych. — Wskaźnik oscylometryczny na k.k. dolnych b. zmniejszony = 2 — 3, miast 8 — 4. Stąpa z bólu b. powoli. Rentg. czaszki bez zmian. Zwapnień w tętnicach k.k.d. nie stwierdzono. Mocznika we krwi 58,8 mg. %. — Napady występowały w dzień, polegały na wybitnym przeciągnięciu ust i koniuszka nosa w prawo, b. silnym zaciśnięciu warg, nieznacznym kurczu mięśnia okrężnego oka prawego. Czynne i bierne rozwarcie ust podczas napadu niemożliwe. Przytomny w napadzie, lecz odpowiada gestami. Napady trwają kilka minut; kurczów klonicznych nie zaobserwowano.—Rozpoznano więc chromanie prze-

stankowe, oraz napadowe kurcze toniczne w zakresie mięśni prawej ½ twarzy, prawdopodobnie pochodzenia ośrodkowego. Patogenetycznie wchodzą tu w rachubę miażdżyca mózgowa oraz kurcz naczyń mózgowych, wzgl. powiązanie obu spraw tych.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 2 października r. 1936.

Przewodniczył K o b r y n e r.

W ł. S t e r l i n g i S t e i n. **Przypadek padaczki myoklonicznej z objawami pląsawicy elektrycznej.** (Z oddz. W ł. S t e r l i n g a).

W. P., l. 33. Chory 25 lat; wiąże to z urazem głowy; wówczas wystąpił pierwszy napad ogólnych drgawek z utratą przytomności. Po kilku latach drżenie w mięśniach twarzy, później i kończyn. Hyperkineza nasilała się; chorego ciągle „podrzucało". Napady padaczkowe coraz częstsze. Ojciec pijak; miał 70 lat, gdy chory się urodził. Siostra umysłowo chora.

S t. o b.: Niski, infantylny z cechami achondroplazji. Czaszka długa, niska, wąska. Uszy odstające; skrzywienie boczno-tylne kręgosłupa. Blizny na języku, potylicy. Hyperkinezje — błyskawiczne skurcze całych grup mięśniowych o szybkim, jak z drażnienia prądem elektrycznym, i znacznym, efekcie ruchowym. — W maksymalnym nasileniu „szał hyperkinetyczny". W fazie spokojniejszej tylko myoklonie w przykadłubowych częściach k.k., mięśniach kl. piersiowej i falowanie mięśni twarzy. Psychika—debilitas. Na oddziale już kilkanaście napadów padaczkowych; przed nimi hyperkineza zwiększa się, „szarpnięcia" coraz gwałtowniejsze. Poza tym hypoglikemia: (0,25%, 0,63%, 0,72%). Podawanie gardenalu (po 0,1 — 2 r. dziennie i 40—60 gramów 40% cukru gronowego dożylnie, codziennie) redukowalo hiperkinezę do drobnego drżenia u warg. Gdy dano 50 jednostek insuliny podskórnie, obraz hyperkinezy powrócił. Podawanie wyłączne gardenalu uspokajało hiperkinezę w daleko mniejszym stopniu, niż gdy podawano ją z cukrem gronowym dożylnie. Referenci rozpoznają tu padaczkę myokloniczną. Omawiając patogenezę schorzenia, podkreślają hypoglikemję — jako moment sprzyjający stanom drgawkowym.

Wolff i S. Rozental. **Przypadek nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z następczym zapaleniem surowiczym.** (Z oddz. Wł. Sterlinga).

S. W. przybył 4. VIII. 36 r. W marcu r. b. zachorował. (T°>; bóle głowy). W szpit. dla dzieci przy ul. Kopernika rozpoznano nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i leczono systematycznymi nakłuciami lędźwiowymi z wlewaniem surowicy meningokokowej. Wypisany 6 maja 36 r.; czuł się dobrze do 12 lipca, kiedy znowu zachorował wśród wysokiej t° i silnych bólów głowy. Przewieziony powtórnie do szpit. dla dzieci. Tu rozpoznano stan po nagminnym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych: wodogłowie wewnętrzne. Nakłucie lędźwiowe: płyn wodojasny, ciśnienie wzmożone, posiew jałowy. 4.VIII zapisany na oddz. d-ra Wł. Sterlinga.

St. ob.: Narządy wewnętrzne +. Wybitna sztywność karku, Kernig, Brudziński +++, Flatau (objaw mydriat.) +++. Źrenica prawa szersza; reakcja na światło i zbieżność sprawna; prawa szpara szersza. Oczopląs na prawo. Lewa tarcza zatarta od str. nosowej. W spokoju i ruchach asymetria na niekorzyść dolnej prawej gałązki n. twarzowego. Siła mięśni nieco osłabiona we wszystkich odcinkach kończyny dolnej prawej,

Odruchy: Per. +. Tric. + umiark. Sterling, Rossolimo. górny (—). Abd. + żywe, Cremaster ++. Mayer fizjologiczny. PR. + żywe pr. > l. AR.—prawy kloniczny, lewy polikinetyczny. Rossolimo —. Podeszwowe — zgięcie tylne. Płyn wodojasny; ciśnienie wzmożone; Nonne-Appelt +, bez pleocytozy. WR. we krwi i płynie ujemny. Mocz bez składników patologicznych. Po zastosowaniu odmy czaszkowej, komory i przestrzenie podpajęczynówkowe nie wypełniły się (Dr Mesz). Odczyn Pirqueta i Mantoux (— —). Po kombinowanym leczeniu prom. Roentgena i wlewaniami dożylnymi roztworów hipertonicznych nastąpiło wyleczenie.—Pokaz ma na celu zwrócenie uwagi nietylko na efekt leczniczy lecz i konieczność postępowania zapobiegawczego po wygaśnięciu nagminnego zapalenia opon mózgordzeniowych, by zapobiec ewentualnym następstwom.

Herman zaznaczył, że wchodzić tu może w grę jeszcze inny czynnik etiologiczny, mianowicie wodogłowie, na co wskazywałaby duża czaszka dziecka. Może ono w pewnych przypadkach ulec nasileniu do objawów meningitis serosa. Sterling uważa, że wodogłowie nie wchodzi tu w grę. Jeżeli wziąć pod uwagę zwiększoną czaszkę dziecka, to raczej krzywica byłaby tu momentem etiologicznym.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 23 października 1936 r.

Przewodniczył Landsberg.

Kipmanowa i Krakowski. **Przypadek choroby Tay-Sachsa.** (Z oddz. Wł. Sterlinga).

Dziecko 13-miesięczne, urodziła się normalnie, 3-ie z kolei natomiast urodziło się nieżywe; 2-e zdrowe. W 3-im miesiącu zauważono, że „jest nie takie jak inne“, nie mogło utrzymać główki; „leciała w tył“. Z biegiem czasu coraz bardziej ułomne. Nóżki się uginały, nie chwytało nic rączkami, nie mówiło; zauważono też niezwykłą wrażliwość słuchową. Psychicznie nie rozwijało się. Wydawało się jednak, że rozpoznaje matkę, ojca, uśmiecha się.—Rodzice kuzynostwo. Choroby podobnej w rodzinie bliższej-dalszej nie było.

St. ob.: pulchne, bladawe. Czaszka mała, okrągła o ciemiączkach zarośniętych; obwód 47 cm, przednio-tylny — 25 cm, dwuskroniowy — 26 cm; tarcze blade, okolice plam żółtych szare, na nich dość duży wiśniowy punkt (malinka)! źrenic reakcja +. Wodzi czasem oczami za przedmiotami. Podniebienie kopulaste. Na uderzenia nie wzdryga się. K.k.g. dolne, normalne, napięcie niezłe. Niekiedy ujmuje niezupełnie przedmiot włożony do rączki prawej. Odr. ścięgniste +; brzuszne—. Rossolimo +? obust.; Babiński niekiedy po str. pr.. Zwracają uwagę samoistne ruchy ssące wargami i gdakania (odr. Henneberga — Oppenheima-ssacego—niema). Czucie bólowe +; największa reakcja (wzdryganie) z kłucia warg. Nie utrzymuje samo głowy, opada ku tyłowi, do przodu i na boki. Nie może siedzieć o własnych siłach, nie może unieść się. Psychicznie—niedorozwinięte. Nie mówi, lecz broni się w badaniu, płacze. Wykonywa często ruchy ssące i wydaje dźwięki, jak gdakanie kury. Referenci rozpoznają tu chor. Tay-Sachsa

Dany przypadek ma pewne cechy nieco odbiegające od zwykłego obrazu klasycznego. Mianowicie: 1) dla wszelkich spraw abiotroficznych typowa jest kolejność następująca: rozwój, zatrzymanie, regresja. Tu nie było regresji, — dziecko nigdy nie było rozwinięte; 2) uchwycony został b. wczesny okres choroby, kiedy objawy hypotonii mięśniowej są jeszcze b. słabo zaznaczone, objaw t. zw. zamkniętego scyzoryka niekompletny; 3) dziecko nie zachowuje się typowo, jak pacjenci dotknięci chor. Tay-Sachsa: płacze, reaguje b. żywo w badaniu, uśmiecha się do matki, wodzi wzrokiem za przedmiotami i in..

W rozprawie brali udział Biro, Higier, Krakowski.

P ł o ń s k i e r. **Pokazy anatomopatologiczne**.

1) W czasie sekcji mężczyzny 67-letniego stwierdzono raka prawego górnego płata płucnego; przypadek rozpoznawano klinicznie jako guz prawej wnęki płuc.

2) Na sekcji mężczyzny 69-letniego stwierdzono raka gardzieli; klinicznie rozpoznawano gruźlicę.

3) Na sekcji dziewczyny 17-letniej stwierdzono w lewym płucu gruźlicę guzkowato - serowaciejącą oraz rozległy zawał wskutek zamknięcia odpowiedniej gałązki tętnicy płucnej.

4) Na sekcji mężczyzny 57-letniego stwierdzono rozsianą gruźlicę: w żołądku owrzodzenia gruźlicze oraz polipy śluzówki.

5) Na sekcji kobiety 25-letniej stwierdzono duży krwotok w jamie brzusznej wskutek pęknięcia śledziony; badanie histologiczne ujawniło białaczkę szpikową.

6) Na sekcji mężczyzny 49-letniego stwierdzono raka zagięcia wątrobowego z przebiciem do dwunastnicy.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 13 listopada r. 1936.

Przewodniczył K o h a n.

H e r m a n i F u s w e r k. **Przypadek nerwobólu w obrębie n. praesacralis.** (Z oddz. E. H e r m a n a).

Nerwobóle w obrębie miednicy małej dawniej przypisywano schorzeniu splotów nerwów czuciowych. Ostatnio francuzi z C o t t e m na czele, mówią o nerwobólach pochodzenia współczulnego. O sprawie tej pisał jeden z nas. Najważniejszą rolę gra tu splot podbrzuszny górny (plexus hypogastricus), zwany nervus praesacralis.

Nerw podbrzuszny — to połączenie obu pni nerwów współczulnych, leżących z boku tętnicy głównej, przed V-tym kręg. lędźw., pod tętnicą krezkową dolną; jest to przedłużenie splotu krezkowego, a ten z kolei trzewnego.

P., 35-letnia, zamężna. Miesiączki prawidłowe. W 19 r. życia zakażenie kiłowe. 3 krotnie roniła. 4 dzieci żyje. Leczona nie systematycznie. Przed 2 mies. wyłyżeczkowanie jamy macicy; odtąd bóle napadowe. Zrazu silny ból w podbrzuszu po str. prawej, poniżej pępka, bliżej linii środkowej; z kolei promieniuje ku pochwie i kiszce stolcowej, wreszcie do krzyża. Nieraz jednocześnie parcie na pęcherz i kiszkę stolcową, a w pochwie i międzykroczu palenie. Oddanie wówczas moczu, stolca sprawia chwilowo ulgę. Napady bólowe, bardzo silne, trwają kilka godzin, przeważnie od 11 do 13.

W czasie miesiączki bóle ustają, przed miesiączką, przeciwnie, jakoby wzmagają się. Od kilku lat wśród coitus nie kiedy nagle bóle w pochwie bez objawów kurczowych. — Reakcja na światło źrenicy lewej nieco zwolniona, oddziaływanie na nastawienie dobre. Odruchy okostnowe i ścięgniste na k.k. g. i d. wzmożone; prawostr. żywsze; umiarkowane brzuszne; arefleksja stóp. Rossolimo —; zaburzeń czucia niema. Wass. —; pł. mózg.-rdz. +. Spina biffida occulta. Prawy jajnik powiększony nieco, bolesny, twardy, ruchomy.

Próba Danielopolu przemawia za nieznaczną sympatykotonią istotną. — Wziąwszy pod uwagę zespół samych objawów napadowych bólowych i parestezji, referenci rozpoznają tu kauzalgię. Bardzo dobry wynik leczniczy dały zastrzyki pilokarpiny po 0,01 i 0,015. Czy kiła w przypadku tym odgrywa pewną rolę, trudno jest się wypowiedzieć

W rozprawie M. Rozental zaznaczył, że powyższe rozpoznanie należy stawiać u kobiet z wielkim zastrzeżeniem. Często narastające zmiany w stawach krzyżowo-biodrowych i t. p., a zwł. zaburzenia pochodzenia ginekologicznego, zmiany w położeniu narządów rodnych, zapalne i pozapalne, są punktem wyjścia uporczywych bólów krzyżowych i w dolnym odcinku brzucha z promieniowaniem ku pachwinom, do krocza i t. d. Wyłączenie spraw tych pozwalałoby dopiero rozpoznać wymienione przez prelegentów cierpienie. Specjalnie tu można mieć wątpliwości, aczkolwiek badanie ginekologiczne nie wykazało jakoby zmian uchwytnych. Nie bez znaczenia jest to, że cierpienie właściwie rozpoczęło się tu bezpośrednio po wyskrobaniu macicy, które odbyło się przed 2 miesiącami. Zbyt to ważny moment etiologiczny, aby go można było pominąć. Ustalenie rozpoznania wymaga tu dalszej obserwacji.

Stein i Janowski. **Przypadek szpiczaka z objawami opuszkowymi.** (Z oddz. Wł. Sterlinga).

Sz. H, l. 48. Od 1933 r. bóle w części lędźwiowej. Zabiegi cieplne nasilają je. Chód coraz trudniejszy. Rtg (Klinika neurol. U. J. P.): złamanie trzonu kręgu lędźwiowego. Odtąd co 3 mies. naświetlania kośćca prom. Rtg.. Czuł się coraz lepiej, wrócił do pracy. W IX.36 zapalenie płuc.—Osłabł tak znacznie, że nie miał sił ruszać się w łóżku. W chwili, gdy razu pewnego ktoś z rodziny usiłował przesunąć, go nagle poczuł chrzęst i gwałtowny ból w karku; był on stały odtąd przy najdrobniejszym ruchu głową. Odczuwa też nieustannie odrętwienie w lewej 1/2 twarzy; mowa stała się nosowa; łyka z trudem, krztusi się.

W st. obecnym zwracało uwagę charakterystyczne trzymanie głowy: usiłował unieruchomić ją, trzymając stale oburącz kark, przy czym głowa była zarzucona ku tyłowi. Najdrobniejszy ruch czynny powodował gwałtowny ból w karku. W próbie ostrożnej ruchów biernych głowy — i badany i badający wyczuwał chrzęst w obrębie kręgów szyjnych. Objaw szczytowy wybitnie dodatni. Obmacywanie kręgów szyjnych (C 4 — 5) stwierdza stopniowe zapadanie się kręgów, a niżej tego poziomu, przeciwnie, jakby guzowate uwypuklenie. Blade powłoki, liche odżywienie; głuchawe tony serca; RR $^{130}/_{70}$; Trzeszczenia u podstawy płuc. — Wątroba i śledziona nie macalne. Odruch gardzielowy zniesiony. W łykaniu krztusi się. Osłabienie czucia na lewej $^1/_2$ twarzy. Odruch rogówkowy lewy słabszy. W dn. 3 — 4-ym pobytu na oddziale pierwsze skargi na parestezje w łokciowej powierzchni przedramion i dłoni oraz osłabienie 4 i 5 palca u obu dłoni; w tym samym odcinku dotyk i ból osłabione. K.k. dolne, odruchy +.

W 10 dniu pobytu nałożono kołnierz ortopedyczny (Schmorak), po czym niewielka poprawa; bólów <; poprawiła się mowa — straciła przydźwięk nosowy; łykanie łatwiejsze.

Rtg.: płuca bez zmian; odwapnienie wszystkich kości płaskich większe (zwł. żeber, miednicy, czaszki); u brzegu łopatki odwapnienie długości 6 — 7 cm. Trzony szyjne (5 i 6) zupełnie spłaszczone. Spłaszczenie trzonów w kręgach części grzbietowej W kościach udowych też ubytki kostne. Mocz bez białka Bence-Jones'a.

Rozpoznanie szpiczaka oparto tu na wynikach badań chemicznych krwi. R. Bauer i inni podają, że szpiczak wywołuje niemal znamienne zmiany w zachowaniu się białka krwi: ogólna ilość jego wydatnie wzrasta, zjawia się hyperglobulinemia z hypoalbuminemią, przyśpiesza się odczyn Biernackiego. R. Bauer ustalił tu odczyn kłaczkowacenia surowicy krwi za pomocą $MgCl_2$; pozwala to odróżnić nowotwór kostny od szpiczaka. Tu odpowiednie dane wypadły następująco: c. g. surowicy krwi — 1044, ogólna ilość białka w surowicy krwi 11,6 gr. %, album. — 5 gr. % (zamiast 0,5 gr. %), globul. — 11,1 gr. % (miast 2,5 gr. %!); wskaźnik albumina: globulina odwrócił się i wynosił 0,045 (miast — 2). Biernacki—15. Odczyn kłaczkowacenia surowicy z $MgCl_2$ wybitnie dodatni; Takata w surowicy krwi +. Badanie szpiku kostnego ustaliło tkankę szpiczaka (Płońskier). Szpiczak zbudowany tu był głównie z komórek plazmatycznych.

W rozprawie Fejgin podkreśla znaczenie obok badań klinicznych również i histologicznego zbadania szpiku kostnego.

A. Rakower. **Przypadek przewlekłego, reumatycznego, zapalenia m. sercowego i wsierdzia z przewagą niedomogi prawej komory.** (Z oddz. M. Fejgina).

B. M., lat 27, przyjęta 26.X.36 r. z powodu znacznej duszności, bicia i kołatania serca przy najlżejszym wysiłku, męczącego kaszlu z nieznaczną plwociną oraz ogólnego osłabienia. Przed 2-ma mies., po nocy przespanej w sadzie, obrzęki na k.k d.; trwały 3 tygodnie. Pracy nie przerywała. Z kolei również obrzęki na twarzy i powiększenie brzucha. Straciła apetyt; oddawała mało moczu; kilkakrotnie napadowe bóle w dołku sercowym, z silną dusznością i biciem serca. Przed 10 laty całą zimę bóle i obrzęki stawów, szczeg. kolanowych. Od 10 lat szybkie wyczerpanie w pracy, bicie i kołatanie serca już i po najlżejszym wysiłku. Nie rodziła, nie roniła. Stan obecny: wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywienie mierne. Waga 56,5 kg. Skóra mało elastyczna, nieco wilgotna; na twarzy i obwodowych częściach k.k. górnych i dolnych sino-czerwona. Błony śluzowe sino-różowe. Twardówki z odcieniem żółtawym. W części krzyżowej, na stopach i goleniach — nieznaczne obrzęki. Od kąta łopatek do 11 żebra — oddech szorstki, liczne rzężenia drobnobańkowe. Uderzenie koniuszkowe w V międzyż. w linii środkowo-obojczykowej, z lekka unoszące nieznaczne tętnienie okolicy przedsionka lewego. Uderzeń — 100/min.; akcja — nie miarowa. Nad koniuszkiem — krotki, przedskurczowy szmer, — 1 szy ton mocny, kłapiący, — krótki skurczowy szmer, — 2 gi ton cichy; w kierunku pachy skurczowy szmer wyraźniejszy. U lewego brzegu mostka, w IV przestrz., I ton słabnie, pokryty przez długi skurczowy szmer, II ton zlekka rozdwojony. Szmer skurczowy coraz wyraźniejszy w kierunku prawego brzegu mostka, najgłośniejszy nad zastawką trójdzielną, a słabnie ku podstawie serca. Nad tętnicą płucną — I ton prawie niesłyszalny z krótkim szmerem skurczowym; II ton — rozdwojony, niezbyt głośny. Nad tętnicą główną — I ton pokryty skurczowym szmerem (mniej głośnym, niż nad zastawką trójdzielną), II ton — akcentowany. — Nad tętnicą szyjną, szczeg. z prawej str — wyraźny szmer skurczowy. Żyły szyi tętnią synchronicznie z tętnem. W dołku podsercowym wyczuwa się tętnienie prawej komory. Ciśnienie — 190/50. Wątroba 2 palce niżej poprzecznej linji pępkowej, o powierzchni jakby ziarnistej, brzegu z lekka zaokrąglonym, twardym; tętni synchronicznie z sercem Śledziona — o palec niżej łuku żebrowego lewego. W jamie brzusznej niewielka ilość płynu. Układ nerwowy +. Moczu c. g. 1012, odcz. kwaśny; białka — 1,5‰, urobilinogen — znacznie >. W osadzie <> 3 krwinki czerwone, a 2—3—4 białe; w każdym polu kilka wałeczków szklistych. Bilirubina

we krwi: bezp. ± opóźnione, pośr. — 4,75 jednostek. Mocznika — 0,4‰. Chlorków osocza — 3,37 gr ‰ Cl. Chlorków krwinek – 2,23 gr ‰. Kwas moczowy — 70,4 mlgr ‰. Azot resztkowy — 2,8 mlgr N w 1 cm^3. Białka we krwi — 8,36%. V. Slyke — 60,3 cm^3 CO_2. Próba sulfofenolftaleinowa: po 1 godz. — 32%, po 2 godz. — 18%, razem — 50%. Próba koncentracyjna: najniższy C g — 1010, najwyższy — 1016. — Rtg.: wymiary serca powiększone; wnęka nie poszerzona; rozedma nieznaczna w polach płucnych (Dr Mesz).

Po 10-dniowym leczeniu naparstnicą masywnymi dawkami (czopki, dożylnie) stan poprawy, lecz akcja serca jeszcze nie miarowa. Uderzeń nad koniuszkiem 84/min.; tętno—96/min.. Osłuchowo — jak uprzednio. Wątroba o palec niżej poprzecznej linii pępkowej. Tętnienie wątrobowe słabsze. W jamie otrzewnowej nieznaczna ilość płynu. RR — 135/10.

Mocz: C. g 1010, kwaśny, białka 0.1‰, urobilinogen — wzmożony, w osadzie — 2—3 leukocyty w każdym polu widzenia.

W okresie nasycenia naparstnicą (tętno 46 min., uderzeń nad koniuszkiem — 48 min, mdłości, brak łaknienia), pojawiły się bóle brzucha, szczeg. w dołku podsercowym i pod prawym łukiem żebrowym, trwające i kilka godzin. Odstawiono naparstnicę; bóle trwały nadal.

Tak więc tu po przebytym zapaleniu stawów trwają 10 lat dolegliwości sercowe. Przed kilku miesiącami zapalenie kłębuszkowe nerek. Nagły wzrost ciśnienia spowodował wzmożenie akcji serca; lewa komora przystosowała się szybko, prawa nie mogła podołać większej pracy w zmienionych warunkach i uległa wtórnej rozstrzeni i niedomodze, a stąd wtórna niedomykalność zastawki trójdzielnej, wysuwająca się tu na 1-szy plan.

I. Landau. **Z kazuistyki niedomogi lewej komory serca**. (Z oddz. M. Fejgina).

Chora, lat 28, przyjęta z powodu bicia serca, duszności i ogólnego osłabienia (od 2-ch dni). Po zjedzeniu sutego obiadu poczuła się źle, dostała duszności, bicia serca i silnego kaszlu z nieznaczną ilością różowawej plwociny. Po ciętych bańkach i upuście krwi polepszenie.

St. ob.: t° — w normie, tętno 100, miarowe, średnio napięte; obrzęków nie ma. W płucach, z tyłu, szorstki oddech, od łopatki ku dołowi liczne rzężenia dźwięczne Serce: nieznaczne tętnienie przedsionkowe, nieznaczne drzenie u koniuszka: I ton kłapiący, II ton zaznaczony. U lewego brzegu mostka w IV międzyżebrzu—I ton nieczysty, II rozdwojony.

Nad tętnicą płucną II ton akcentowany i rozdwojony; nad tętnicą główną akcentowany II ton. Ciśnienie krwi $^{125}/_{75}$.

Biernacki:—ponad 8 godz. — Mocz, krew +. — Rtg.: nieznaczne powiększenie lewej komory serca; wnęka płuc bardzo szeroka, zagęszczona. — W szpitalu w ciągu 2 tygodni stale postępująca poprawa pod wpływem naparstnicy, podawanej doustnie. — Wypisana w stanie dobrym. — Była tu czysta postać niedomogi lewej komory wskutek załamania się czynności lewego serca w przebiegu zwężenia ujścia żylnego lewego. Stwierdzono tu bowiem objawy obrzęku płuc bez jakichkolwiek znamion niedomogi prawego serca: nie było obrzęków, powiększenia wątroby, ani przesięków w jamach surowiczych. Podobne przypadki w przebiegu wad zastawki dwudzielnej nie są częste, gdyż wady te raczej sprzyjają załamaniu się czynności prawego serca.

Karbowski. **W sprawie leczenia nowotworów wewnątrzsiodełkowych przysadki mózgowej**. (Z oddz. B. Karbowskiego przy współpracy D-rów Gądka, Flokstrumpfa i Mesza).

Nowotwory pozasiodełkowe nadają się wyłącznie do leczenia chirurgicznego dawno znanymi sposobami; najbardziej typowy tu Klauzego. Nowotwory wewnątrzsiodełkowe są operowane sposobem t. zw. transsphenoidalnym; najbardziej celowy tu, najmniej szpecący, jest sposób Hirscha, albowiem jest to operacja wewnątrznosowa. Dawniej zawsze usiłowano otworzyć siodło tureckie niezależnie od tego, czy był to gruczolak czy też guz torbielowaty. Obecnie, gdy stosowanie energii promiennej często daje dobre wyniki, otwiera się siodło tylko wtedy, kiedy przypuszczamy torbiel; w pozostałych wystarczy otworzyć zatokę klinową i wprowadzić pod siodło aplikatory radowe. Leczenie za pomocą aplikatorów radowych, umieszczanych pod samym siodłem tureckim, po raz pierwszy zastosował Hirsch, ale wprowadzał b. słabe aplikatory i na kilka godzin. Duże dawki radu zastosowane zostały po raz pierwszy przez K. na oddziale E. Flataua. — Pacjentka, którą K. pokazuje, była pod obserwacją z powodu guza przysadki, przebiegającego z bólami głowy, z osłabieniem już b. znacznym wzroku; widziała palce dopiero tuż przed okiem. Po operacji Hirscha i założeniu aplikatora radowego (10 mmgr. na 72 godziny) stan się poprawił i odzyskała wzrok; od 7 lat bez pogorszenia. Oko lewe, którym przed leczeniem widziała ruchy ręki tuż przed okiem, obecnie ma siłę wzroku 5/18. Z 24 przypadków tylko w 4-ch referent zmuszony był otwierać siodło tureckie, by opróżnić torbiel.

II-gi przypadek dotyczy pacjenta, który był pod obserwacją na oddziale dra Hermana z powodu guza przysadki z wyjąt-

kowo wyraźnymi cechami akromegalii i bardzo dokuczliwymi bólami głowy. Chory był, operowany sposobem Hirscha z odsłonięciem guza, który był jak się okazało, torbielowaty. Wydobyto z niego 3 cm³ płynu bursztynowego. Po dokonanej operacji czuje się znacznie lepiej. Bóle głowy mniejsze; wydaje mu się, że i objętość kończyn się zmniejszyła. Zamierzone tu leczenie uzupełniające energią promienną.

W rozprawie brał udział Bregman.

I. Dworecki. **O zespołowych badaniach składników „azotu nie białkowego" krwi.**

Z badań chemicznych krwi do najpospolitszych należy oznaczenie stężenia mocznika, wprowadzone przez szkoły Widala i Straussa, jako miernik stanu czynnościowego nerek w azocicach. Badanie to uzyskało powszechne prawo obywatelstwa, choć oddawna wysuwano przeciwko niemu zastrzeżenia. Przede wszystkim stosowana zazwyczaj metoda podbrominowa daje liczby, nie odpowiadające ściśle mocznikowi, a obejmujące inne składniki azotowe, które ulegają — jak i mocznik — rozpadowi pod wpływem podbrominu. To też do celów naukowych metoda bardziej swoista, naprz. ureazowa lub ksanthydrolowa. Drugie zastrzeżenie, bardziej zasadnicze, jest to, że mocznik najprawdopodobniej nie odgrywa najistotniejszej roli w mechanizmie powstawania „mocznicy". W poszukiwaniu tych właśnie innych składników, które można byłoby uważać za istotne w wywołaniu zaburzeń uremicznych, wiele zajmowano się oznaczaniem ilościowym we krwi kwasu moczowego, kwasów aminowych, zwł. wolnych, indykanu, kreatyniny, pewnych ciał aromatycznych, dających odczyn ksantoproteinowy. Ostatnio zaś szkoła francuska szczególną uwagę zwraca na bardziej złożone produkty rozpadu białka, czyli na t. zw. polipeptydy, upatrując w nich najbardziej trującą frakcję azotu nie białkowego. I te badania nie doprowadziły do sprecyzowania istoty chemicznej jadu uremicznego, jakkolwiek niewątpliwie wzbogaciły klinikę pod względem semiologicznym, zwłaszcza w dziedzinie rokowania. Większość prac tu omawianych, sądzę, posiada jedną wadę: jest nią fragmentaryczność ujęcia zagadnienia. Zbyt często usiłuje się oprzeć wnioski bądź na jakiejś pojedynczej wartości, naprz. stężeniu mocznika, lub globalnego azotu niebiałkowego, bądź na różnicy tych liczb, to jest na t. zw. azocie rezydualnym, bądź też rzadziej za podstawę wniosków obierają równoległe określenia stężeń 2, 3, co najwyżej 4 składników azotowych we krwi. Niewątpliwie, że tylko przez całkowite ujęcie liczbowe wszystkich dostępnych oznaczeniu składników azotu można bądź ocenić istotną wartość charakterystycznych odchyleń i przesunięć wzajemnych

w obrębie azotu niebiałkowego, jakie stwierdzić się dadzą w zależności od jednostki chorobowej, jej nasilenia i t. p. momentów patologii, z jednej strony, oraz ewentualnie od wpływu czynników doświadczalnych, z drugiej. Ilustrację takiej tezy stanowią badania, wykonane z kol. Landsbergiem, Szpidbaumem i Guzmanem nad wpływem kortyny na przemianę azotową. Przechodząc do metodyki badań takich „zespołów", Dworecki podkreśla niedoskonałość sposobów oznaczeń pewnych komponent, naprz. ciał kreatyninowych, oraz chwiejność chemicznego uzasadnienia indywidualności frakcji „polipeptydowej". Na razie słuszniej byłoby ją ze względów metodologicznych nazywać „frakcją podwójnego azotu" (Doppeltstickstoff u Niemców). W technice najszerszej uwzględniono tu mikrometodykę krwi. Dworecki podaje, że w próbkach krwi, nadesłanej z oddz. 4-go w ilości ok 20 cm sz. a zmieszanej z suchym szczawianem potasu, określano (w osoczu): cały azot niebiałkowy (mikrokjeldahlometrycznie), „polipeptydy" (również mikrokjled. techniką „podwójnego azotu" Cristol-Puecha), kwasy aminowe (O. Folin), mocznik (Van-Slyke-Cullen-Rappaport), kwas moczowy (Benedict-Becher-Herman), kreatyninę (Folin-Wu). Wyniki tych oznaczeń były o tyle zgodne, że suma azotu wszystkich podanych wyżej składników była prawie zawsze nieco mniejsza od liczby azotu niebiałkowego, pozostawiając pewien „luz" dla t. zw. „azotu nieokreślonego". Prócz tych wartości oznaczano w wielu próbach krwi stężenia indykanu i „ciał ksantoproteinowych". Interpretacja uzyskanych liczb wymaga ustalenia dla każdego składnika zakresu jego wahań fizjologicznych. Niestety, już pobieżny przegląd „norm", podawanych przez autorów, świadczy o wybitnej rozbieżności liczb. Dla przykładu Dworecki przedstawia grafikę norm mocznika we krwi, z której wynika, że dla jednych skala ta ma rozpiętość bardzo szeroką (naprz. 15—50 mgr% wg Widala), dla innych wąską (naprz. 19—32 mgr% wg Berglunda); różnią się również wartości maksymalne (32—40—42—50 mgr %).

Nie mniejszą rozbieżność zdań stwierdza się w odniesieniu do innych składników azotu niebiałkowego. Nie wdając się w analizę przyczyn tej niezgodności (głównie: sprawa metodyki chemicznej; pozatem niejednakowość materiału wyjściowego: krew całkowita, surowica, osocze), Dworecki podaje, że nie pozostawało nic innego, jak wziąć za podstawę górnej i dolnej granicy „norm" dla każdego składnika liczby, wypośrodkowane z badań autorów, którzy posługiwali się metodyką oznaczeń, analogiczną do obranej przez Dworeckiego. Po przerachowaniu uzyskanych tą drogą danych na liczby samego azotu, wchodzącego w skład tych ciał, okazało się, że całkowita wartość azotu niebiałkowego osocza waha się w granicach od 20 do 40 mgr%, a na nią składa się: 9—19 mgr % azotu mocznika, 5—8 mgr %

azotu kwasów aminow., 3—8 mgr. azotu polipeptydów, 1,5—3 mgr % az. kreatyniny, 0,8 — 1,5 mgr % kwasu moczowego i do kilku mgr % azotu nieokreślonego. Opierając się na tych normach, Dworecki przedstawił w postaci wykresów odchylenia, jakie w przebiegu doświadczeń stwierdzano. Na wykresach tych przyjęto dla każdego związku azotowego odmienną skalę — odmienną dlatego, że dla wszystkich badanych ciał zakres wahań fizjologicznych oznaczony był na wykresie poziomym pasem jednej i tej samej szerokości. Wynika stąd, że jakkolwiek położenie każdego punktu na tej tablicy oznacza inną liczbę absolutną dla mocznika, a inną dla kwasu moczowego i t. d., to jednak tenże punkt symbolizuje dla każdego składnika jeden i ten sam względny stopień odchylenia od normy in plus i in minus. Uzyskuje się tą drogą wyjątkową plastyczność w graficznej rejestracji przebiegu krzywych, wykreślonych równolegle dla wszystkich składników azotu na jednej tablicy.

M. Fejgin, J. Morgenstern i N. Mesz. **Przypadek guza śródpiersia.**

Chory, lat 19 zachorował nagle, wśród objawów wysokiej ciepłoty, duszności i kaszlu — 4 tygodnie przed przybyciem do szpitala.—Badanie wykazało płyn w prawej jamie opłucnowej, a po lewej str. poniżej obojczyka stłumienie, oddech oskrzelowy i rzężenia.

Badania pomocnicze płynu, plwociny i krwi wyłączały sprawę gruźliczą. Rtg. wykazał cień, który prelegenci rozpoznali jako guz śródpiersia.

Rozpoznanie anatomo - patologiczne: Sarcoma mediastini anterioris. Metastases ad duram matrem cerebri et ad pleuras. Pleuritis serofibrinosa bilateralis.

W rozprawie Reznikow omawia szczegółowo trudności badań rentgenologicznych w rozmaitych postaciach guzów śródpiersia.

Kohan i Z. Herman. **Przypadek megasigma z dużymi zmianami na śluzówce.** (Z oddz. D. Kohana).

Chora, lat 42, przybyła z objawami niedrożności, trwającymi 24 godzin. Ustąpiły po płukaniu Hegarem. Rtg. wykazał esicę skręconą na kształt sprężyny; megasigma. Na oddziale długotrwałe stany podgorączkowe i niekiedy stolce z krwią.—Operacja: po otwarciu jamy brzusznej wydobyto esicę, która była sina, zwiotczała, bez ruchów robaczkowych, a krezka pokryta

bliznami. Rezekcja esicy i zespolenie, bck do boku, końców. Przebieg pooperacyjny gładki. Wycięte jelito na przekroju przedstawiało się w postaci jednego dużego owrzodzenia, gdzieniegdzie tylko były jakby wysepki śluzówki. Badanie histologiczne wykazało brak śluzówki; w miejscu jej obfita ziarnina. We wszystkich warstwach jelita nacieki zapalne. Pokaz uzupełniły preparaty mikro- i -makroskopowe.

W rozprawie W e r t h e i m sądzi, że objawy okluzyjne skłoniły tu do operacji. Gdyby wiadomo było, że w grę wchodzą owrzodzenia jelita, postępowanie byłoby inne, raczej zachowawcze.

S z p e r przypuszcza, że takie same zmiany znalazłyby się i w pozostałej części jelita grubego; W colitis ulcerosa haemorrhagica dobre wyniki daje appendicostomia, płukania jelit i t. p. Wycięcie esicy nie było tu wskazane. L u b e l s k i— obok appendicostomii którą stosował z dobrym wynikiem, zaleca leczenie zachowawcze autoszczepionką z krwi.

K o h a n w odpowiedzi podkreśla, że wskazaniem wycięcia jelita były tu uwidocznione rozległe zmiany, ograniczone wyłącznie do esicy oraz krwawienie, które wystąpiło przy zakładaniu rurki Hegara podczas operacji.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 18 grudnia r. 1936 (Akademia uroczysta z powodu XV cia Kwartalnika Klinicznego).

Przewodniczył dyrektor Wydziału Szpitalnictwa dr K. O r z e c h o w s k i.

Po przemówieniach pana dyrektora K. Orzechowskiego, dra H. Stabholza, dyrektora Szpitala, ordynatora doc. Wł. Sterlinga, dra M. Rozentala—sekretarza posiedzeń naukowych— redaktor Kwartalnika J. Rotstadt—w imieniu Komitetu Redakcyjnego i własnym—dziękował Zarządowi Miasta i Jego przedstawicielom na posiedzeniu uroczystym za okazywane Kwartalnikowi poparcie moralne i materialne.

Następnie Rotstadt uczcił pamięć zmarłych członków Komitetu Redakcyjnego oraz podkreślił wybitne zasługi dla wydawnictwa naczelnego lekarza Szpitala dra J. Szwajcera i pierwszego niezwykle czynnego i ofiarnego wydawcy Kwartalnika ordynatora dra H. Altkaufera.

Po złożeniu podziękowania licznym gościom, którzy zechcieli swą obecnością zaszczycić zebranie, Rotstadt wygłosił odczyt: W o d o l e c z n i c t w o k l i n i c z n e (ukaże się w druku).

NADESŁANE.

Konkurs na pracę naukową z zakresu ziołolecznictwa.

Polski Komitet Zielarski ogłasza konkurs na najlepszą pracę naukową z dziedziny ziołolecznictwa z nagrodą 500 (pięćset) złotych, ofiarowaną przez Ministerstwo Opieki Społecznej.

Warunki konkursu:

1. Przedmiotem pracy winny być oryginalne, własne spostrzeżenia nad wpływem stosowania ziół leczniczych pochodzenia krajowego, poparte odpowiednimi badaniami pracownianymi z uwzględnieniem istniejącego piśmiennictwa.

2. Zgłaszać należy jedynie prace dotychczas nieogłoszone, w maszynopisie, pod adresem: Polski Komitet Zielarski (Warszawa, Długa 16), do dnia 1 marca 1938 roku.

Przewodniczący
Wydziału Lekarskiego P. K. Z
(—) *Prof. dr W. Orłowski*

Prezes P. K. Z.
(—) *Prof. dr J. Modrakowski*

Komitet Organizacyjny Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku-Cieplicy zawiadamia, że X Lekarski Kurs Wakacyjny wraz ze Zjazdem Polskiego Towarzystwa Zwalczania Gośćca odbędzie się w dn. 3, 4, 5. IX. 1937 r. w Ciechocinku-Cieplicy.

Szczegółowy program X Kursu wraz ze Zjazdem będzie rozesłany w swoim czasie wszystkim Szanownym Koleżankom i Kolegom.

Od Redakcji.

Prace oryginalne i streszczenia powinny być pisane **na maszynie**, na jednej stronie arkusza, z pozostawieniem marginesu. Streszczenia krótkich artykułów oryginalnych w języku francuskim (wzgl. angielskim, niemieckim) zawierać mogą najwyżej 10 wierszy druku.

Prace oryginalne i streszczenia powinny być starannie wykończone pod względem stylu i pisowni.

Koszt wykonania klisz i tablic opłaca autor. Autorzy prac oryginalnych otrzymują 10 odbitek bezpłatnie, większą liczbę zamawiają **sami** w drukarni Kwartalnika.

TREŚĆ

SOMMAIRE

Adres Redakcji i Administracji:

Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapii Fizykalnej tel. 29076. Dr. J. Rotstadt.

Skład Główny: Księgarnia Gebethnera i Wolffa, Krakowskie Przedmieście 15, tel. 604-12.

NEUMAN i TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

NEUMAN i TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU